FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1954

N° 983

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

MATHIEU, MAURICE, LUDOVIC, ALFRED.

né le 27 Mai 1926 à SAINT - LO (Manche)

Présentée et soutenue publiquement le 1954

LES FORMES PSEUDO CANCEREUSES DE LA SYPHILIS GASTRIQUE

— A PROPOS D'UN CAS —

PRESIDENT : Monsieur le Professeur Henri BENARD

Roger VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

1954

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1954 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D' ETAT)

PAR

MATHIEU, MAURICE, LUDOVIC, ALFRED.

né le 27 Mai 1926 à SAINT - LO (Manche)

Présentée et soutenue publiquement le 1954

LES FORMES PSEUDO CANCEREUSES DE LA SYPHILIS GASTRIQUE

— A PROPOS D'UN CAS —

PRESIDENT : Monsieur le Professeur Henri BENARD

Roger VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1 - 10 - 53

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN . . . . . Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

Anatomie		CORDIER (G.)
Anatomie pathologique		DELARUE (A.)
Bactériologie		CASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports		CHAILLEY - BERT (P.)
Biologie médicale		VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale		HUGUENIN (R.)
Carcinologie		OBERLING (C.)
Chimie médicale		POLONOWSKI (M.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel - Dieu	BROCQ (P.)
	Broussais	de CAUDART-d'ALAINES (F.)
	Salpétrière	MONDOR (H.)
	Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique		MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie		DORZELOT (H.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie		FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de puériculture		LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang		CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants		DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J.)
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition		BOULIN (R.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO (P.)
Cliniques médicales	Hôtel Dieu	BENARD (H.)
	Bichat	LAROCHE (G.)
	Cochin	MOREAU (R.)
	Broussais	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro - climatologie thérapeutique		JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique		PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique obstétricale	Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
	Baudelocque	LEVY-SOLAL (E.)
	Port Royal	LACOMBE (M.)
Clinique ophtalmologique		VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN (A.)

Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (G.)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MOUQUIN (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle medicale	GALLARD (H.)
Pathologie chirurgicale	N ...
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie médicale	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales	N ...
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (Chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (B.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	DEBEYRE (J.) DELMAS (A.)
Anatomie patologique	N ... GAUTHIER-VILLARS (Mlle) Pr.s.ch. BUSSER (F.) GOUYGOU
Bactériologie	FASQUELLE (R.) NEVOT (A.)
Biblogie médicale	BOURLIERE (F.)
Chimie médicale	ETTORI (J.) Pr.s.ch. JAYLE (M.F.) Pr.s.ch. SCHAPIRA (G.)
Dermato-Syphilligraphie	DUPERRAT (F.)
Histologie	BULLIARD (H.) Pr.s.ch. COUJARD (R.) N ...
Hydrologie	DEBRAY (C.)
Hygiène	BOYER (J.) DEPARIS (M.)

Médecine légale et du travail	DEROBERT (L.) GAULTIER (M.) HADENGUE (A.)
Neurochirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	SEZE (S. de)
Obstétrique	GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MAYER (M.) MERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) VARANGOT (J.)
Ophtalmologie	OFFRET (G.) DESVIGNES (P.)
Orthopédie	JUDET (R.) HALPHEN (E) Pr.s.ch.
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY (M.) MADURO (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.) CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	ABOULKER (P.) BAUMANN (J.) COSSET (J.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.) LAURENCE (G.) LEGER (L.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (Cl.) PADOVANI (P.) POILLEUX (M.) ROUX (M.) RUDLER (J.C.) VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	MERKLEN (P.)
Pathologie médicale	BERNARD (H.) BOUDIN (G.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DECOURT (J.) DOMART (A.) DREYFUS (Gilbert) FAUVERT (R.) HAMBURGER (J.) KOURILSKY (R.) LAMOTTE (M.) LAROCHE (C.) MILLIEZ (P.) PEQUIGNOT (H.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (St) TURIAF (J.)

Pédiatrie	JOSEPH (R.) LAPLANE (R.) MARIS (J.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.) Pr. s. ch. CHEYMOL (J.H.) Pr. s. ch.
Physiologie	BARGETON (D.) Pr. s. ch. PARROT (J.L.)
Physique médicale	DJOURNO (A.) Pr.s.ch. COUGEROT (L.)
Pneumo - Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	BARUK (H.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A)
Thérapeutique	PERAULT Chargé de l'enseignement
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS HONORAIRES et AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM. BRINDEAU (A.) (Obstétrique), CATELLIER (J.) (Clinique Chirurgicale)
LE LORIER (V.) (Obstétrique), VAUDESCAL (R.) (Obstétrique)

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRES et AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

Clinique chirurgicale	AMELINE (A.) MENECAUX (G.) PATEL (J.) SIGARD (A.)
Clinique médicale	BROUET (G.) CACHERA (R.) GARCIN (J.)
Clinique médicale	HUGUENAU (M.)Pr.s.ch. MARCHAL (G.) SOULIE (E.)
Clinique obstétricale	DIGONNET (L.) ECALLE (G.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (C.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

MM.

Secrétaire général de la Faculté . . . . . MOREL (J.)
Secrétaire . . . . . Mlle CHAINTREUIL (C.)

Conservateur, chargé de la direction . . . . . Docteur HAHN (A.)
Conservateur . . . . . Mlle COICHON
Bibliothécaires . . . . . Mlles DUMAITRE (P.)
LE NOIR (C.)
METIN (F.) QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551504_0026

A MES CHERS PARENTS,

aux sacrifices desquels je dois d'avoir pu mener à bien de longues années d'études.

A MA SOEUR,

qui m'a tant aidé dans la réalisation matérielle de ce travail.

A MON FRERE,

A TOUS MES AMIS.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

LES DOCTEURS

EVEN, GOUVERNEUR, FUNCK-BRENTANO,

R.J. WEISSENBACH, GRASSET, BOLGERT,

JANET, MICHAUX, CLERC.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

LES DOCTEURS

EVEN, GOUVERNEUR, FUNCK-BRENTANO,

R.J. WEISSENBACH, GRASSET, BOLGERT,

JANET, MICHAUX, CLERC.

A MON MAITRE

LE PROFESSEUR M. CACHIN,

MEDECIN DES HOPITAUX.

Il a bien voulu nous confier notre sujet de Thèse, et ne nous a ménagé ni ses conseils ni sa documentation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI BENARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE MEDICALE,

MEMBRE DE L'ACADEMIE DE MEDECINE,

OFFICIER DE LA LEGION D'HONNEUR.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre Jury de Thèse.

Qu'il trouve ici l'assurance de notre gratitude et de notre respectueuse admiration.

GENERALITÉS

La syphilis gastrique est encore aujourd'hui une question très controversée puisque certains en contestent l'existence ou exigent des critères de diagnostic impossibles à réunir en pratique, et que d'autres au contraire l'affirment prématurément sur des succés thérapeutiques discutables.

A l'occasion d'une observation récente dans laquelle c'est l'examen histologique d'une pièce de gastrectomie, qui par les particularités anatomiques qu'il a révélées, a fait découvrir une syphilis méconnue, nous avons pensé qu'il pourrait être intéressant de reprendre une étude d'ensemble de cette affection, en nous basant plus particulièrement sur les observations récentes de la littérature.

Mais il n'est peut-être pas inutile de donner d'abord un aperçu historique, car il montre bien l'évolution des idées sur ce problème.

C'est en 1838 qu'ANDRAL rapporta les deux premiers cas de guérison par le mercure de douleurs gastriques chez des syphilitiques. D'autres observations suivirent de LEUDET en 1860, de LANCEREAUX en 1864.

Les premiers cas de formes pseudo-tumorale sont dus à WAGNER (1863) et KLEBS (1869).

CORNIL, CHIARI (1901), PATER (Thèse 1907) dégagèrent l'entité anatomo-pathologique de l'affection.

Avec l'aaparition au début du siècle, de la réaction de BORDET-WASSERMAN et de la radioscopie, les cliniciens devinrent beaucoup plus exigeants en matière de diagnostic, alors qu'en 1904, BARBIER notait déjà plus de 100 cas, SINANI en 1951 n'en retient plus que 70 cas mondiaux.

Actuellement la scission est complète entre :

- les auteurs pour qui un succès thérapeutique est une garantie largement suffisante,
- les rigoristes qui exigent des tréponèmes authentiques (auteurs américains), ou refusent toute valeur aux signes histologiques courants (ALBOT). Cette tendance se trouve résumée dans l'étude critique qu'a faite HILLEMAND dans son livre sur les maladies de l'estomac.
- les cliniciens modérés pour lesquels un certain nombre de signes permettent de conclure à la syphilis, tout en sachant bien que la plupart du temps la certitude ne peut être apportée.

Il faut envisager le cadre de notre sujet d'un point de vue clinique, en ne retenant que les cas où le tableau pseudo-néoplasique est le fait soit de l'existence d'une tumeur palpable soit des aspects radiologiques. Une discrimination d'après le substratum anatomique n'est guère possible, car les différents aspects coexistent souvent sur une même pièce.

C'est pourquoi nous avons rapporté, à côté des formes tumorales typiques, un certain nombre de cas où les examens complémentaires révélaient soit des gastrites soit des niches, soit des sténoses ou des linites, mais où le contexte était tellement en faveur d'un cancer, que les auteurs avaient bien souvent recours à la laparotomie.

C'est en définitive sur ce critère : impossibilité d'écarter formellement le cancer, malgré les atypies du contexte, qu'il faut à notre avis se baser.

- Notre travail repose sur les observations publiées dans ces quinze dernières années. Nous avons pu en consulter 64, et nous allons rapporter, résumées celles qui nous semblent les plus caractéristiques.

Voici d'abord notre observation personnelle.

OBSERVATION PERSONNELLE

(M. CACHIN, J. MARTIN, CL. LEVY : Archives des Mal. App. Digestif 1954 N° I Page 92.)

Monsieur D.... 47 ans, employé à la SNCF, consulte le 18 mai 1951 pour des douleurs épigastriques apparu s en janvier 1951 chez un sujet sans antécédents digestifs. Il s'agit de crampes douloureuses, donnant une sensation de torsion du creux épigastrique, sans irradiations, apparaissant immédiatement après la fin des repas, surtout du repas du midi, durant ½ heure à une heure, non calmées par l'alimentation ou les poudres. Leur évolution est capricieuse ; elles persistent 5 à 6 jours de suite puis disparaissent quelques jours. Il n'y a jamais de vomissements, l'apppétit est conservé, les fonctions intestinales normales. Il n'y a aucune atteinte de l'état général chez ce sujet qui revient consulter que quatre mois après le début des accidents douloureux.

L'examen clinique est négatif. L'examen radiologique du 7 juin 1951 montre l'existence sur tous les films, d'une très importante déformation de l'antre, qui apparaît effilé, tubulé et rigide, avec une volumineuse encoche fixe de la petite courbure prépylorique. Des clichés aprés morphine confirment l'évidente organicité de cette image antrale. Cet aspect est évidemment fort suspect, mais ne permet pas de conclusion ferme, le diagnostic d'atrésie fibreuse de l'antre méritant d'être envisagé. Un traîtement d'épreuve bref est prescrit, comportant en plus des plâtrages et des antispasmodiques, 24 injections I.V. de peptone de caséine. Le malade est revu le 12 juillet 1951, nettement amélioré. Cependant une nouvelle série de films, pratiquée quelques jours plus tard, montre la persistance de la même image inchangée.

Une gastroscopie est refusée par le malade, qui est alors perdu de vue jusqu'au 10 novembre 1951. Pendant cette période, les douleurs se sont accentuées, elles sont régulièrement biquotidiennes, pénibles et font aisément accepter l'intervention. A noter qu'il n'y a aucune altération de l'état général.

La gastrectomie est pratiquée le 22 novembre 1951 (Dr. Jacques MARTIN) : toute la région antrale est épaissie, cartonnée, lardacée, d'une consistance et d'un aspect particuliers qui font d'emblée penser au chirurgien qu'il ne s'agit ni d'un cancer ni d'une fibrose banale. A l'ouverture de l'estomac, on constate l'épaississement des parois de l'antre, et un aspect bourgeonnant de la muqueuse, qui présente une exulcération, mais pas de véritable ulcération en profondeur. Gastrectomie facile, suites opératoires normales.

C'est l'examen histologique qui fait envisager le diagnostic de syphilis gastrique méconnu jusque là : il n'existe en effet, aucune image tumorale, mais le fond de l'exulcération est constitué par de très nombreux vaisseaux, très congestionés et entourés d'un manchon lymphoplasmocytaire. Ceci suffit pour faire conclure à l'anatomopathologiste qu'il s'agit selon toute vraisemblance d'une lésion syphilitique.

Le malade est examiné de nouveau ; il ne présente aucun signe clinique de spécificité et nie tout antécédent. C'est à ce moment que sont recherchées les réactions sérologiques qui n'avaient pas été pratiquées avant l'intervention. Elles sont toutes très largement positives : Bordet-Wassermann (Kolmer) +++, BW (Debain) +++, Kahn ++++, Kline +++. Le malade est confié au syphiligraphe et traité successivement par le cyanure de mercure, la pénicilline et le bismuth.

Revu en septembre 1953, le sujet était en excellent état, et ne présentait aucun trouble fonctionnel digestif, bien que pratiquement aucun régime alimentaire ne fût suivi. Par contre, malgré un traitement très régulièrement suivi, le Wassermann s'avérait désespérément résistant, comme c'est le cas dans ces syphilis méconnues dépistées tardivement.

Un deuxième examen histologique fut pratiqué par le Dr DUPERRAT, à la recherche d'autres arguments en faveur de la syphilis, en particulier lésions gommulaires. Voici ses conclusions :

" Il s'agit d'une ulcération plate, assez large, constituée par un tissu de "granulation riche en capillaires. Ce granulome renferme de nombreux lymphocytes. "Les plasmocytes ne semblent pas particulièrement nombreux. Sous ce granulome "superficiel, on observe une bande de tissu scléreux contenant des amas lympho- "cytaires de topographie périvasculaire. Enfin, plus en dehors, on retrouve la "tunique musculaire qui est ininterrompue. Celle-ci renferme un plexux "sympathique hypertrophié. Tel est l'aspect général de la préparation.

" Il convient de noter qu'il existe assez près de la surface, tout un plexus "vasculaire constitué par des vaisseaux veineux ou artériels, mais surtout vei- "neux, dont la paroi apparaît fort épaissie. J'insiste sur ce point, car dans "les ulcères calleux, on peut trouver de tels vaisseaux, mais beaucoup plus "profond. D'autre part, un caractère très particulier est donné par la persis- "tance de la musculeuse, détail tout à fait inhabituel dans un ulcère gastrique.

" En conclusion, ce n'est pas une lésion banale, mais ce n'est pas non plus "un bel aspect scléro-gommulaire bigarré : absence de gommules, absence "d'ébauche de cellules épithélioïdes et de plasmodes. Cependant l'existence "d'un plexus veineux très superficiel d'une part, et surtout la permanence de "la couche musculaire, sont des éléments qui plaident en faveur de la syphilis. "

OBSERVATIONS DE LA LITTERATURE

OBSERVATION I

MOUTIER, Arch. Mal. App. Dig. 1937 pp 637-53

1 - Homme de 59 ans souffrant depuis trois mois. Appétit conservé, amaigrissement de 2 kg. A la palpation, antre épaissi, allongé, en forme de carotte. A la radio, niche en plateau, de 6 cm.

Sérologie négative, mais chancre probable à 29 ans, non traité. Chimisme après histamine : H = 2,19 A = 5,6.

A la gastroscopie, antre infiltré bordé par d'épais bourrelets transversaux. Gastrite mamelonnée avec érosions fundiques. Ulcération cratériforme très creuse ne saignant pas.

Une gastroscopie huit mois plus tard, après traitement spécifique ne montre plus qu'une certaine infiltration antrale avec gastrite mamelonnée blanchâtre. Pylore rigide, immobile laissant fuir l'air insufflé. Disparition de la niche à la radio.

2 - Homme de 50 ans syphilitique depuis 25 ans traité la première année. Depuis un an malaises précoces diurnes et crampes nocturnes, sans anorexie ni baisse de l'état général.

Sérologie négative ; achlorhydrie histamino résistante.

A la radio petit estomac haut situé, transversalement allongé sous foie.

A la gastroscopie, plis findiques énormes ; muqueuse enflammée avec placards rouges et érosions. Aspect granuleux de la muqueuse. Ultérieurement sujet bien portant.

3 - Homme de 55 ans, souffrant depuis huit mois de l'abdomen, avec dégout électif pour la viande et amaigrissement de 25 kg. Syphilis traitée il y a dix ans, sérologie négative actuellement.

A la radio estomac normal.

A la gastroscopie nappe mamelonnée et hémorragique sur la petite courbure du cardia à la moitié fundique. Cet aspect s'améliore nettement sous le traitement spécifique, mais six mois plus tard il apparaît un gros bombement de la face postérieure, avec muqueuse saignante, hypermyxie et zones cloquées et boursouflées. Rechute de l'état général, qui fait proposer une résection mais dans les mois suivants l'aspect gastroscopique se nettoie et la guérison clinique s'affirme.

4 - Homme de 58 ans, syphilis à 27 ans. Depuis six mois douleurs tardives, anorexie pour la viande rouge, amaigrissement de 8 kg. Radio normale.

A la gastroscopie : gastrite mamelonnée hypertrophique, avec quelques éléments d'aspect presque polypoïde. Après traitement, guérison fonctionnelle mais pas de reprise pondérale.

5 - Homme de 50 ans dyspeptique depuis longtemps. Aggravation brusque depuis six mois avec brûlures et pyrosis ; anorexie pour la viande, perte de poids de 4 kg. Syphilis a 30 ans. Sérologie négative, et achlorhydrie histamino-resistante.

A la radio aspect légérement lacunaire de l'antre.

L'endoscopie, une première fois normale, montre actuellement de gros placards muqueux très saillants et adhérents de l'antre et de la face postérieure du fundus. A la face antérieure, gastrite hypertrophique mamelonnée, donnant à la région un aspect rigide. Muqueuse sombre, couverte de placards de mucus porcelainé, avec, surtout vers la petite courbure, de petites érosions circinées. Au fond des petits sillons, qui séparent les mamelons se voient de très petites érosions linéaires qui donnent à l'ensemble, l'aspect de la gastrite granitée observé dans certaines linites syphilitiques. On hésite toutefois entre gastrite hypertrophique peut-être syphilitique et épithélioma en nappe à forme gastritique.

Guérison rapide par injections d'hectine (mais il n'y a pas eu de nouvelle endoscopie).

6 - Homme de 39 ans, crampes épigastriques semi tardives, asthénie très marquée, a maigri d'un kg et demi. Estomac normal à la radio. A la gastroscopie, plaque rigide d'aspect granité, avec dépôts pultacés. La muqueuse qui l'entoure forme bourrelet. Pas d'hypersécrétion muqueuse.

Amélioration importante par le traitement spécifique. La gastroscopie un an plus tard ne montre plus qu'une gastrite mamelonné banale.

OBSERVATION 2

SOULES, Cahiers de gastro-entérologie Mars 1938

Homme de 39 ans, pas d'antécédents syphilitiques. A 32 ans brûlures gastriques et pesanteurs. On diagnostique après radio une duodénite. Nouvelle poussée l'année suivante puis, deux ans après. Deux mois après ces troubles, crise épigastrique nocturne. Appendicectomie mais pas d'amélioration.
A perdu dix huit kg en quelques mois.

A la radio, énorme niche de la face antérieure, à base très infiltrée, avec bulle aérienne.

Sérologie négative, sang dans les selles, anémie à 3.800.000.

Traitement MERCURIEL pour traiter l'hérédo-syphilis l'hérédo-syphilis (malformations dentaires, un frère mort à six mois d'hydropisie).

Quelques jours après, perforation. A l'intervention nombreuses adhérences,

estomac recouvert d'un tissu très vascularisé ; forte infiltration de la paroi antérieure, surtout à la base de l'ulcère, évoquant une néoplasie ulcérée. Le long de la grande courbure, adénopathie dont la biopsie montra : forte réaction inflamatoire du système réticulaire?

Gastro-entérostomie, la gastrectomie n'étant pas réalisable du fait des adhérences. Reprise du traitement mercuriel + bismuth buccal. Amélioration radiologique : diminution considérable de la niche, fonte de la tumeur, réapparition des plis muqueux. Ultérieurement (1937) bon état.

OBSERVATION 3

CAREY et YLVISAKER Ann. Int. Med. 1938 12 544

Homme de 64 ans, admis le 29/9/1937. Depuis un an élancement et cuisson dans les membres inférieurs, perte de poids. Depuis un mois insomnie ; quelques vertiges, mais pas de symptômes gastro-intestinaux. A l'examen, bon aspect général, signe d'Argyll, leucoplasie linguale, double souffle aortique, anémie à 4.400.000, Hb 51%.

Sérologie fortement positive; HCL libre 14º, acidité totale 34° après histamine. Mais à plusieurs reprises, absence d'HCL libre dans le tubage à jeun. Unpeu de sang occulte dans les selles.

A la radio (22 Octobre). Remplissage rapide ; passage rapide dans le duodénum. Retrécissement diffus de 2/3 inférieur de l'estomac, rigidité ; péristaltisme faible. On conclut à linite plastique. Un traitement d'épreuve est commencé le 20 novembre : 22 injections IM de Bismuth + IK pendant un mois. Des radios en juin 1938 (un mois après la fin du traitement) montrant pratiquement le même aspect ; légère diminution de la rigidité. Absence de péristaltisme. Très petite bourse à la face antérieure.

Première gastroscopie (27/10/37) capacité très réduite. On ne retrouve pas les repères, angle, fundus ; effacement des plis et des sillons qui sont remplacés par d'épaisses et larges crêtes et crênelures. Muqueuse lisse et pâle. On ne voit pas de vaisseaux ; parois raides et infiltrées. L'antre a l'aspect d'un canal tubulaire et ovalaire, l'orifice pylorique est irrégulier, en forme de fente, et semble partiellement ouvert. Pas de péristaltisme antral. Contraction pylorique irrégulières et incomplètes.

Deuxième gastroscopie (13/4/38 : après traitement). On reconnaîtles différents repères. Péristaltisme de l'antre avec ouverture et fermeture synchrone du pylore. Plis normaux. Muqueuse plus épaisse et plus lisse que normalement.

Troisième gastroscopie (27/5). Antre contracté, tubulaire. Muqueuse de couleur normale. Contractions antrales irrégulières, le pylore ne se ferme jamais complètement. La muqueuse semble épaissie et irrégulièrement nodulaire sur la face postérieure et le plancher de l'antre. Au niveau du corps, muqueuse épaissie, fripée par places, avec un aspect "rapiécé". Près du cardia elle semble atrophique, quoique on ne voit pas de vaisseaux. On note quelques taches hémorragiques. Au total, aspect intermédiaire entre la première et la deuxième gastroscopie.

OBSERVATION 4

LAIRD LANCET Septembre 1938 472

Homme de 65 ans. Gêne épigastrique avec paroxysmes douloureux. Premier épisode deux ans avant, pendant deux mois, deuxième épisode un an avant, durant trois semaines. Les troubles actuels datent de cinq mois : non influencés par la nourriture ou les alcalins, ils sont aggravés par le décubitus, améliorés par le procubitus. Une petite hématémèse, il y a deux mois. Amaigrissement important.

A l'examen : masse épigastrique de la taille d'une noix, sensible. Wassermann très positif, dans le sang et le LCR. Achlorhydrie. Excès de mucus gastrique.

A la radio : anévrysme aortique. Ulcère en cratère au niveau du 1/3 moyen, la malignité n'est pas exclue. Evacuation rapide de l'estomac.

Traitement d'épreuve : échec avec IK + Bismuth IM. Guérison clinique et radiologique avec la néo-arsphénamine, se maintenant un an après. Mais persistance de l'achlorhydrie.

OBSERVATION 5

DAVICOVICS. Presse Médicale 47 pp 275-6 1939

Femme de 40 ans. Depuis un an douleurs, vomissements tardifs soulageant la douleur. A la radio, estomac très retréci dans sa partie centrale. A l'intervention, parois très épaissies surtout dans la partie centrale, dont la surface présente une cicatrice. Résection. Sérologie (après l'intervention) très positive. Untraitement spécifique est recommandé. Quelques mois après bon état.

Anatomiepathologique : la muqueuse fait défaut en grande partie. Aux bords de l'ulcération, elle est épaissie et très infiltrée de lymphocytes, plasmazellen. L'ulcération est remplie par un tissu granuleux formé de petites cellules rondes : lymphocytes, plasmazellen, ainsi que des fibroblastes qui diminuent par places. Vaisseaux peu nombreux. On trouve une artère épaissie, surtout au niveau de l'intima qui est infiltré de lymphocytes et de fibroblastes. Infiltration analogue de plusieurs artères de la sous muqueuse, avec endartérite oblitérante. Infiltration de la musculeuse à prédominance périvasculaire.

OBSERVATION 6

MORGAN Ur and Cut Review 44 Août 1940 pp 479-85

OBS 1 - Homme souffrant depuis quatre ans, avec aggravation depuis quelques mois : douleurs, plus marquées la nuit, sensation de corps étrangers (orange) dans l'estomac. Asthénie et amaigrissement importants (35 livres en 18 mois). A l'examen, clapotage, pas de masse. Pas d'HCL libre ; au tubage, débris alimentaires de la veille, mucus en grande quantité.

Diagnostic de sténose par cancer du pylore. Trois semaines après, la maigreur est telle, qu'on palpe facilement une tumeur quelque peu mobile, dans la région pylorique. On apprend alors que le sujet avait eu la syphilis quatre ans avant et n'avait suivi le traitement mercuriel que quelques semaines en raison des troubles digestifs qu'il lui attribuait. Le traitement spécifique amena la guérison.

OBS 3 - Femme souffrant depuis deux ans. Diagnostic d'ulcère prépylorique, mais faible pouvoir peptique du liquide gastrique, mélaena occulte, échec du traitement anti-ulcéreux font pratiquer des radios : image de cancer pylorique. A l'intervention : pas d'anomalies ; même aspect à la radio quelques semaines après. Un Wassermann se montrant très positif, on institue un traitement spécifique qui amena rapidement la disparition radiologique de la tumeur.

OBS 4 - Homme de 44 ans. Douleurs depuis quatre ans. Infiltration du pylore, sans signes de stase, ni de sténose, ni d'ulcus. Wassermann positif ; traitement spécifique ; guérison radiologique en neuf mois.

OBS 7 - Homme de 42 ans. Gêne épigastrique nocturne. Clapotage ; masse épigastrique (pas de sang dans les selles). A la radio, infiltration tumorale de la région pylorique. Wassermann positif. Guérison par le traitement spécifique.

OBS 8 - Homme de 38 ans. Depuis deux ans brûlures tardives, surtout le soir, vomissements, amigrissements de dix livres. Infiltration du pylore, mais moins irrégulière que dans le cancer. Sérologie très positive. Le traitement fut pratiqué.

OBSERVATION 7

WILLIAM et KIMMESTIEL J.A.M.A. 115 1940 pp 578-82

Nègre de 53 ans. Depuis deux mois, douleurs épigastriques, nausées, vomissements, le tout s'aggravant par l'alimentation. Depuis un an a maigri de dix huit kg. Examen négatif. Wassermann et Klein positifs. HCL libre=59, HCL total=73.

A la radio : retrécissement au niveau du pylore, qui s'injecte mal. On opère avec le diagnostic de cancer du pylore ; le long de la petite courbure, ganglions mous et roses (inflamatoires à l'examen histologique). Infiltration gastrique sur 1/4 de la surface, s'arrêtant net au pylore.

Examen macroscopique de la pièce : paroi de la région pylorique deux fois plus épaisse que normalement, et assez rigide, sur une longueur de 10 cm. Le raccord avec la zone normale est très progressif.

Le processus inflammatoire intéresse surtout la sous-muqueuse, et un peu la musculeuse.

La muqueuse est rouge sombre et assez terne au niveau de la zone atteinte.

Il existe deux ulcères : l'un prépylorique, à 2-3 cm de diamètre, des bords irréguliers et infurés, un fond lisse et peu profond ; l'autre, siège sur la petite courbure, à 2 cm du précédent. Ses contours sont irréguliers et presque étoilés.

Histologiquement : infiltration massive de toute les tuniques, avec petites cellules rondes, surtout lymphocytes et plasmocytes, à disposition périvasculaire évidente. Lésions vasculaires importantes, en particulier péri-endo-phlébite. Pas de gommes, pas de spirochètes, pas d'orchite après l'inoculation au lapin.

Quinze mois après l'intervention, l'état général était excellent, avec reprise de vingt sept kg.

OBSERVATION 8

MAC PEAK Ann Journal of Roentg. 1940 43 p 832

Homme de 62 ans qui depuis un an présentait des crises douloureuses abdominales qui s'aggravèrent rapidement, tantôt intenses, tantôt plus légères ; des vomissements entraînant rapidement une intolérance alimentaire presque absolue ; une perte de poids importante.

Un premier examen radiologique en août 1932 avait montré un défaut d'injection au niveau de la grande courbure, au centre duquel existait une ulcération ne débordant pas le contour gastrique normal. Arrêt des ondes péristaltiques à ce niveau. On avait posé le diagnostic de cancer, mais le malade avait refusé l'opération.

En avril 1933 il est vu par l'auteur. Le défaut de remplissage avait disparu mais il existait un retrécissement constant du tiers inférieur de l'estomac. Au tiers moyen, lacune régulière, d'où partent de petites saillies. Huit jours après, même aspect. Le sujet refuse l'intervention et continue à travailler jusqu'en août. A cette date très peu de changement, sauf un amaigrissement continuel. Pas de masse.

En janvier 1936, l'état s'est aggravé ; seuls les liquides passent, à condition de boire très lentement. A la radio : retard du passage de la baryte à l'extrémité de l'œsophage qui est un peu dilatée ; estomac très retréci et raccourci, sans péristaltisme, sans relief muqueux visible, quoique plus grand que l'estomac. Le diagnostic est celui de squirrhe étendu.

En avril 1938, pas de changement appréciable à la radio. L'amaigrissement était de soixante quinze livres depuis le début des troubles. Du fait de l'état général relativement conservé et de la fixité des images radiologiques, on soulève l'hypothèse d'une syphilis. Un test de Hinton se montrant très positif, on décide un traitement spécifique ; mais celui-ci ne semble pas avoir été commencé.

En décembre 1938, il est réhospitalisé : faiblesse extrême, anémie à 2.600.000 GR avec 46% d'Hb. Réactions pupillaires paresseuses. Le traitement spécifique est entrepris et le malade sort en janvier 1939, ayant repris quatorze livres.

En avril 1939, il a encore gagné dix sept livres mais pas de changement à la radio. Il meurt en août, d'une infection intercurrente.

Autopsie : l'estomac mesure 12 cm sur 5 cm dans sa plus grande largeur ; capacité de 65 cc ; épaisseur uniforme des parois de 5 à 6 mm, mais il existe quelques diverticules ; muqueuse légèrement décolorée, surtout à l'orifice des diverticules ; sur la face antérieure du foie, une petite zone légérement colorée d'un cm de diamètre.

Au microscope : nombreux amas de lymphocytes et plasmocytes prédominant autour des petits vaisseaux, par places, entre les fibres musculaires, groupes de cellules épithélioïdes avec cellules géantes.

OBSERVATION 9

ENGELHARDT et DE VAUGHN. New Int Clinics 1941 4 89

OBS 1 - Femme de 22 ans. Depuis trois mois, vomissements juste après les repas, avec douleurs abdominales basses, évoluant avec de légères rémissions. Depuis un mois, diarrhées et arthralgies. A maigri de vingt cinq livres en quatre mois. Lésion génitale cinq ans auparavant.

A l'examen, sensibilité de la fosse iliaque droite, pas de masse palpable. Au tubage sang occulte, HCL libre 0. Wassermann très positif.

A la radio, ulcère cratériforme sur la petite courture, avec déformation en sablier ; quinze jours après : contracture organique en sablier, sans signe d'ulcère. Amélioration considérable par le traitement arséno-bismuthé, avec gain en un an de soixante cinq livres, mais aucune réaction sur l'aspect radiologique.

OBS 2 - Femme de 39 ans. Vomit depuis quatre ans, aggravation depuis un an ; a maigri de trente cinq livres.

Sérologie très positive. Achlorhydrie histamino-résistante. Déformation en sablier juste au-dessous du fundus.

A la gastroscopie gastrite chronique superficielle. Amélioration transitoire par AS-BI-IK.

Gastrectomie totale : gomme sur le foie. Histologiquement signes compatibles avec la syphilis gastrique. Guérison complète par la suite.

OBSERVATION 10

JENSEN. Nordisk medecin, in acta medica Scandinavia 1941 254

OBS 1 - Homme de 40 ans. Douleurs épigastriques intenses et continuelles depuis quatre mois. Wassermann positif. Lacune prépylorique d'aspect tumoral. Intervention : tumeur gommeuse qui, histologiquement est constituée d'un tissu suggestif de syphilis.

OBS 2 - Femme de 35 ans. Mêmes signes, mais début il y a 2 mois. Hépato-splénomégalie. Guérison clinique et radiologique, vérifiée deux ans après, par trois cures anti-syphilitiques en six mois.

OBSERVATION 11

MAURIAC J. Med. Bordeaux 30/9/1941 pp 884-89

Sténose médio-gastrique chez une femme de 52 ans, le diamètre étant réduit à 3 cm ½ sur une hauteur de 3 cm. Sérologie positive. Après un traitement par CyHg, Bi, et Surfarsénol, rétrocession importante des troubles digestifs et relâchement très net de la sténose, le diamètre passant de 3 cm à 8-10 cm. Pas d'action sur le syndrôme de RAYNAUD.

OBSERVATION 12

REYNOLDS et PORTSMOUTH Ann. J. Syph. Mars 1942 26 218

Noir de 34 ans. Gêne gastrique depuis un mois, avec éructations aigres ; aggravation rapide des douleurs, qui deviennent continuelles, augmentées par les aliments, soulagées par les vomissements. Intolérance rapide pour les solides. Pas de sang occulte. Perte de poids de vingt six livres.

Deux mois avant l'admission, papule pénienne. Blennoragie à 22 ans. Quelques jours avant l'admission, des radios ont montré une obstruction pylorique avec rétention barytée après vingt quatre heure. Sérologie sanguine positive à ce moment.

A l'examen : syphilitides plantaires, polyadénopathie, légère hépatomégalie. Ni HCL libre, ni acide lactique, ni sang occulte dans les vomissements. A la radio, estomac dilaté, déformation prépylorique constante, mais souplesse et mobilité conservées, évoquant une compression extrinsèque. Très peu de mucus. Fonctionnement pylorique normal.

Evolution : lavages gastriques + Mapharsen : les vomissements se calment rapidement. Cette amélioration, jointe à l'absence d'ulcération et de sang dans les selles, plaidait en faveur d'une lésion inflammatoire.

De nouvelles radios, un mois après l'admission, montrent un retrecissement pylorique, mais le péristaltisme passe. Malgré l'arrêt des vomissements, l'état général ne se relève guère et on pratique une

laparatomie exploratricequi montre une déformation dans la région de la tête du pancréas dû à des ganglions hypertrophiés, et un épaississement prépylorique (8 mm). Biopsie gastrique et ganglionnaire : ganglion normal au microscope, avec centres germinatifs actifs. Estomac : infiltration des trois tuniques, avec manchons lymphoplasmocytaires à prédominance périvasculaire. L'intima de quelques artères est épaissi. Six mois plus tard, il ne persistait qu'une légère infiltration de la paroi gastrique.

OBSERVATION 13

PALMER, SCHINDLER, TEMPLETON, HUMPHREYO.
Ann. of Int. Med. 1943. 18 pp 393-406

1 - Homme de 36 ans, souffrant depuis dix mois d'anorexie, vomissements, nausées, douleurs et amaigrissements de vingt cinq livres. Il y a quatre mois apparition de "faim douloureuse".

Chancre à 17 ans non traité. Wassermann et Kahn fortement positifs. Chimisme gastrique : après histamine, 25, 10 et 0 unités d'HCL libre.

A la radio ulcère atypique de l'antre pylorique.

A la gastroscopie, antre rétréci, avec infiltration et rigidité. Nodules rougeâtres faisant saillie de la face antérieure. Infiltration du pourtour de l'angle avec deux ulcères : l'un, près de la petite courbure, à bords mal limités, qutour, la paroi est assez plate et rigide. L'autre ulcère qui siège dans une infiltration diffuse, n'a pas de paroi.

Conclusions :

= Gastrite atrophique étendue.
= Probablement cancer type III de l'antre avec infiltration diffuse de la paroi postérieure. Mais la limite supérieure assez peu élevée permet d'envisager la résection.

On décide d'intervenir sans traitement d'épreuve, celui-ci ne donnant pas de réponse assez rapide.

A l'intervention : séreuse normale. Antre pylorique épaissi et de consistance ferme. Il n'y a pas de zones de dureté évoquant le cancer. Adénopathie le long de la petite courbure. Gastrectomie partielle.

Examen macroscopique de la pièce : retrécissement de la lumière prépylorique, muqueuse légérement œdémateuse. Commançant à environ 5 cm de l'extrémité de la pièce, sur la grande courbure et s'étendant le long de la paroi antérieure vers l'antre, existe une "irrégularité nodulaire" de la muqueuse, d'où irradient les plis de la muqueuse normale. Cette aire nodulaire, qui mesure 7 cm se continue par une aire semblable dans les régions dans les régions pyloriques et prépyloriques : la muqueuse de cette région, ainsi que de la partie haute du duodénum, est nodulaire, mais cependant douce et "pliable".

Près du pylore : un ulcère à base lisse et rouge sombre reposant sur la sous-muqueuse.

Histologiquement : le caractère dominant est l'accumulation de cellules inflammatoires, à la fois diffuse et périvasculaire : petits amas pseudo-folliculaires de cellules rondes et granulomes de type gommeux ou tuberculeux.

Ulcère large mais superficiel. Nécrose au fond de l'ulcère, qui a une base de tissu très vascularisé et de cellules de granulation recouvert d'une membrane fibrineuse.

Les éléments sont surtout des lymphocytes et plasmocytes. Quelques éosinophiles et neutrophiles, des cellules épithélioïdes et géantes seulement dans les petits granulomes qui sont toujours étroitement associés aux vaisseaux.

L'artérite est relativement légère, quoique la prolifération de l'intima soit fréquente et que parfois la lumière est très diminuée. Dans certains vaisseaux même, les lymphocytes ont fait effraction à travers l'intima épaissi.

Les lésions veineuses sont surtout de dux sortes :

= Les unes affectent les grosses veines : elles semblent être des granulomes nodulaires situés profondément dans la sous-muqueuse, ou entre les fibres musculaires, et sont faites de cellules épithélioïdes, cellules géantes et lymphocytes. Des nodules miliaires, petites gommes probables, peuvent se trouver dans l'adventice, parmi les débris de la média, ou dans le tissu remplissant la lumière. Ce sont des agrégats de cellules épithélioïdes qui incorporent quelques lymphocytes et souvent entourent une cellule géante. La structure est plus lâche et la cellule géante plus polymorphe que dans le nodule tuberculeux classique. Pas de caséification.

L'aspect de certains segments veineux suggère une origine de l'altération inflammatoire, dans l'adventice, peut-être par extension à partir des lymphatiques périvascularisés.

= Les autres affectent les petites veines surtout dans la sous-muqueuse, et certains traits désignent là aussi les lymphatiques périveineux comme origine des exsudats.

L'épaississement de la sous-muqueuse est dû au tissu de granulation, à l'exsudat, à une certaine augmentation du tissu fibreux, et à un œdème marqué dû sans doute à un blocage des lymphatiques.

Inflammation diffuse de la musculeuse, avec nombreux éosinophiles dans l'exsudat interstitiel.

OBSERVATION 14

KOELSCH. Med. Klinik 6 Août 1943 pp 556-58

Homme de 40 ans. Syphilis à 20 ans, non traitée. Depuis dix ans douleurs gastriques, une heure après les repas, disparaissant par le décubitus. Récemment apparition de vomissements, avec intolérance alimentaire et anorexie élective pour la viande, En deux ans il a perdu dix huit kgs.

Wassermann positif. Achlorhydrie non réfractaire à l'histamine. Pas d'anémie pas de malaena occulte.

A la radio : tumeur maligne au tiers moyen de la grande courbure.

La gastroscopie : montre à ce niveau de nombreuses petites tubérosités de la dimension du bout du doigt, en grappes de raisin, saignantes. Au-delà, l'estomac à un aspect tubulé, sans péristaltisme.

Transversalement à la grande courbure, une zone derigidité, derrière laquelle existe une ulcération de la grosseur de l'ongle avec saignement alentour.

Dix jours plus tard, un nouvel examen radiologique montre : absence de péristaltisme des tiers moyen et supérieur. Interruption des plis muqueux sur la grande courbure, sur une surface d'une pulpe de doigt.

Laparatomie exploratrice avec le diagnostic de cancer ou de syphilis.

A l'intervention : estomac mobile, de forme et de dimension normales. A la palpation, on sent sur la grande courbure, une tumeur ferme, haute de deux doigts, atteignant le milieu des deux faces. Cardia, pylore et petite courbure sont indemnes. La séreuse a un aspect blanchâtre du côté de la limite pylorique de la tumeur.

Pour éliminer le cancer, on fait une excision en coin à la partie supérieure de la tumeur. La coupe de section a une couleur blanchâtre. Comme il n'y a pas de troubles de l'évacuation, on ne fait pas de résection. L'excision n'intéresse pas le voisinage de l'ulcère pour ne pas être trop grande et provoquer une insuffisance digestive.

Anatomie pathologique du fragment excisé : épaississement de la sous-muqueuse, de la muscularis mucosae et de la sous-séreuse, muqueuse en grande partie conservée. Appareil glandulaire normal.

Infiltration du tissu interstiel par des éléments lympho-plasmocytaires. Ses vaisseaux sont élargis et entourés de foyers hémorragiques. La sous-muqueuse surtout est modifiée. Elle est transformée en une surface fibreuse, ses artères sont très élargies, et à lumière rétrécie. Comme les veines, elles sont presque toutes entourées d'amas plus ou moins gros de lymphocytes, éléments histiocytaires et cellules géantes de LANGHANS. Il n'y a ni nécrose ni nécrobiose.

Il existe des infiltrations à petites cellules qui s'étendent jusqu'à la musculeuse et à la sous-séreuse.

Au total : inflammation chronique, portant essentiellement sur la sous-muqueuse et comportant un gros épaississement et une sclérose du tissu basal ; un épaississement des parois des artères, allant jusqu'à l'oblitération, et un ramollissement espacé des parois veineuses ; des formations lympho-plasmo-histiocytaires périvasculaires ; une infiltration linéaire de petites cellules.

Conclusion : il peut s'agir d'une syphilis à forme scléro-gommeuse.

Dix jours après intervention, on institue un traitement à base de Salvarsan et Bismuth, puis IK + BI, une dermatite s'étant déclarée après 4 gr 50 d'As.

Au quatrième mois, la radio montrait un estomac ptosé, en crochet.

Au septième mois, aspect radiologique normal, gain pondéral de quatorze kg. Wassermann positif.

Au huitième mois, gastroscopie : gastrite diffuse.

OBSERVATION 15

P. MOIROUD Mem. Acad. Chir. 1944 70 pp 425-8

Femme de 38 ans. Depuis un an, douleurs épigastriques, n'irradiant pas, peu modifiées par les médications habituelles. Vomissements alimentaires de plus en plus abondants. Amaigrissement de vingt kg. Pas de tumeur à la palpation. Pas d'HCL libre après histamine. Un traitement spécifique est mis en oeuvre, mais comme il n'apporte pas de soulagement appréciable, on décide d'intervenir.

En effet l'examen radiologique avait montré : estomac allongé, son bas-fond se projetant à trois travers de doigt au dessous des crêtes iliaques. Passage très rapide de la baryte. Déformation régulière et constante de l'antre prépylorique dont les parois sont rectilignes et que les contractions ne franchissent pas. Cet aspect est surtout net au niveau de la grande courbure. Bulbe très volumineux, déformé, avec sur son bord droit un pseudo diverticule, et un pincement constant de la partie moyenne.

Conclusion : les déformations du bulbe évoquent une lésion ulcéreuse ancienne. L'aspect de l'antre peut être dû à une périviscérite, mais la mobilité concorde peu avec cette hypothèse. Une forte suspicion en faveur d'une dégénérescence doit être retenue.

Intervention : l'estomac très mobile, présente le long de la grande courbure antrale, sur une longueur de 10 cm, un épaississement régulier des deux faces, avec une extension plus grande sur la postérieure. Quelques ganglions d'aspect inflammatoire. Gastrectomie.

Examen de la pièce : à la coupe, parois régulièrement épaissies (2 cm environ), muqueuse plane, sans végétations. Au-delà de la zone tumorale elles redeviennent normales. Pylore non hypertrophié, cicatrice d'ulcère sur son versant gastrique.

Histologiquement :

= Hyperplasie inflammatoire de la muqueuse, polypose leucopédèse exagérée, infiltration subaiguë plasmocytaire.

= Sclérose intersticielle du chorion et surtout de la musculeuse, sclérose mutilante avec destruction des fibres musculaires.

= Infiltration inflammatoire en nodules et en coulées à peu près uniquement plasmocytaires.

diffuses dans l'ensemble des tuniques, souvent au contact d'un vaisseau atteint d'endothélite. Certains nodules ont un centre nécrotique.
Il s'agit d'une syphilis gastrique de type hyperplasique et sclérosant.

OBSERVATION 16

LEVRAT et MOINECOURT Lyon Med. 20/8/1944.

Femme de 23 ans, souffrant depuis huit mois, ayant maigri de dix kg. Examen négatif. Anémie à 3.370.000 G.R.

A la radio : lacune de toute la région antropylorique, avec rigidité de la grande courbure. Traitement anti-ulcéreux sans résultat (15 jours).

Intervention : tumeur prépylorique qui semble inflammatoire et en voie de régression, avec de gros ganglions le long des courbures. Gastrectomie étendue.

Macroscopiquement : sur l'antre on note des lésions de la muqueuse sur une petite paume de main, à limites très précises en carte de géographie. La muqueuse paraît atrophiée dans toute cette région, avec en un point, une ulcération en surface à contours irréguliers. En un autre point, aspect framboisé avec petit piqueté hémorragique de la paroi et absence de plis. Par contre, il y a un épaississement de la paroi rappelant le cancer.

Histologiquement : la muqueuse est le siège de lésions inflammatoires de gastrite, avec exsudation d'éléments inflammatoires entre les tubes glandulaires, et en certains points des lésions dégénératives des glandes.

Le fond de l'ulcération est fait d'un tissu granulomateux reposant directement sur la sous muqueuse. Celle-ci est épaissie de plus d'un centimètre et faite d'un tissu scléreux aved exsudats fibrineux. Cette sclérose est richement vascularisée.

Les vaisseaux sont le siège d'une endartérite. Autour des vaisseaux, amas cellulaires où prédominent les hystocytes. On note également des plasmocytes et des polynucléaires.

La muscularis mucosae est dissociée par dette sclérose inflammatoire. La musculeuse, relativement moins touchée, présente dans sa partie externe des lésions inflammatoires interstitielles avec manchons périvasculaires.

La séreuse est très épaissie, scléreuse et légérement inflammatoire.

En résumé, atteinte de toutes les tuniques, mais surtout de la sous muqueuse. Rien, en dehors des lésions vasculaires importantes et des manchons périvasculaires, ne permet de penser à la syphilis.

Six mois plus tard, la malade qui a repris douze kg, est revue pour une ulcération pharyngée dont la biopsie montre un aspect simulant étroitement la tuberculose. Ce diagnostic ne concorde pas avec la clinique et on refait la sérologie qui se montre très positive.

Un traitement bismuthique amena la guérison.

OBSERVATION 17

F.H. VOSS The Review of Gastro-enterology 1945 pp 111-117

Homme de 62 ans, d'abord vu pour "une grosse masse apparue dans la partie haute de l'abdomen". Sa maladie actuelle remonte à trois mois. Depuis cette date, il présente une gêne douloureuse et un gonflement nocturne épigastrique, sans relation apparente avec la nature et l'horaire des aliments. Régurgitations aigres. Pas de perte de poids appréciable. Antécédents de syphilis mal traitée.

A l'examen : on palpe une masse sans doute dûe à l'estomac dilaté. Le diagnostic hésite entre : ulcère, cancer, sténose du pylore. Wassermann positif ; anémie à 3.600.000 ; pas d'HCL libre; présence de sang dans les selles.

Radioscopie : rétention de baryte après six heures ; estomac dilaté, péristaltisme très diminué surtout le long de la petite courbure ; défaut d'injection de la région antrale, avec canalisation.

Radiographie : sténose pylorique nette avec lacune prépylorique.

Intervention : masse prépylorique qui s'étend jusqu'à la veine pylorique et se termine brusquement. L'anatomo-pathologiste présent a l'impression d'un cancer et une résection est faite devant l'absence d'adénopathie. Mort au sixième jour par embolie pulmonaire.

Anatomopathologie : syphilis de la région pylorique avec épaississement fibreux extrême de la paroi et rétrécissement important de la lumière. Ulcération superficielle au niveau de la zone épaissie, à base rouge gris assez inégale, avec par places des nodules comme s'il persistait des ilôts de muqueuse. Au voisinage de l'ulcère, la paroi pylorique a plus d'un centimètre et demi d'épaisseur, celle-ci étant essentiellement le fait de la sous muqueuse.
Des trainées grisâtres disjoignent la musculeuse. Pas d'envahissement de la séreuse.

Au microscope : la base de l'ulcère est faite de tissu fibreux montrant des signes d'inflammation chronique modérée, avec en profondeur une infiltration périvasculaire de cellules rondes hautement évocatrices de syphilis. Pas de spirochètes.

OBSERVATION 18

FIERI Comité Med. des Bouches du Rhône
1/3/46 In Ann. Dermato. 1948 8 270

Homme de 50 ans souffrant depuis juin 1945. Niche volumineuse de la petite courbure avec encoche. Wassermann très positif. Guérison par CyHg + Bi, dès novembre 1945.

OBSERVATION 19

PAUTRIER et FONTAINE Ann. Dermato. 1946 p. 727

Homme de 47 ans. Depuis un an douleurs post-prandiales sans horaire fixe ; inappétence et amaigrissement de vingt kg. Aggravation rapide depuis un mois : douleurs intolérables, avec tension épigastrique permanente surtout marquée 4-5 heures après les repas ; pas de vomissements.

A la radio : lacune de la partie moyenne et supérieure de la grande courbure. "Le diagnostic de néoplasme paraissait d'autant plus évident "qu'on palpait dans la profondeur une masse tumorale diffuse, mal "délimitée. "Mais"l'aspect par trop déchiqueté, par trop anfractueux" rappelle les images de pseudo-tumeurs inflammatoires, syphilitiques ou non.

Nouveau transit : confirme la rigidité très étendue de la grande courbure ; insuffisance pylorique au début de l'évacuation, "l'angle "duodéno-jéjunal se remplissant immédiatement, mais restant ensuite "rempli pendant des heures comme s'il était comprimé par la tumeur". Evacuation totale de l'estomac en trois heures.

La sérologie : étant très positive on institue le traitement novar-bismuth, CyHg, qui apporte une amélioration rapide de l'état général, avec disparition des douleurs et diminution de la tumeur palpable..L'amélioration radiologique est d'abord parallèle : grande courbure moins déchiquetée meilleure évacuation, diminution de la stase duodéno-jéjunale puis se ralentit, "et pendant des mois persiste un "certain degré de rigidité de la grande courbure".

Après une nouvelle cure d'un mois de bismuth novar, il persiste une certaine rigidité et une encoche de la grande courbure qui font envisager une laparotomie exploratrice.

Le malade qui devait être revu deux mois après pour décision, ne revient qu'n 1946, soit deux ans après la première consultation, "n'ayant plus "jamais souffert de son estomac, et ayant repris son poids normal". A la radio estomac normal. Le malade avoue alors : syphilis contractée à 21 ans, traitée par novar et huile grise, puis huile grise seule, pendant huit ans, avec Bordet Wassermann négatifs.

OBSERVATION 20

KNIGHT et FALK Gastro-enterology 9 1947 p. 17

Blanc de 54 ans, hospitalisé le 28 juin 1946 pour gêne épigastrique, anorexie et perte de poids depuis huit mois. Les premiers symptômes remontent à 1944 : épisode d'hématémèse et malaena. Un examen radiologique gastro-intestinal quatre semaines après n'avait rien montré. A perdu quarante livres.

L'examen à l'entrée montre une tuberculose pulmonaire.

A la palpation masse ferme épigastrique s'étendant jusqu'à l'ombilic.

A la radio : anomale du tiers moyen, suggérant cancer squirrheux ou syphilis gastrique. Un mois plus tard, rétrécissement de la partie moyenne avec rigidité et absence de péristaltisme de cette zône ; sur la petite courbure antrale image de type polypoïde.

Sérologie : très positive. Achlorhydrie histamino-résistante.

Une gastroscopie le 1er août, confirme à l'angle de la petite courbure l'existence d'un polype bénin pédonculé. Muqueuse de l'antre pâle lisse et terne : la muqueuse des faces antérieure et postérieure semble épaissie, à surface irrégulière, suggérant une lésion sous-muqueuse étendue. Il n'y a ni ulcération ni excoriation.

On hésite entre polype bénin, cancer squirrheux, et, ou, syphilis gastrique. Un traitement anti-syphilitique intensif est entrepris avec adjonction de pénicilline.

En septembre :

a.- A la radio, persistance de l'image en sablier ; ulcère superficiel sur la grande courbure au niveau du rétrécissement ; rigidité relative.

b.- Gastroscopie : pylore de contour irrégulier ; juste sous le polype un petit nodule inflammatoire rouge foncé ressemblant à un furoncle. Péristaltisme présent. Corps rigide mais plus souple qu'aux examens précédents ; muqueuse pâle, irrégulière, plis altérés et étalés ; sur la grande courbure, à proximité du fundus, ulcère à bords irréguliers, à base nettement visible.

Deux mois après l'admission les symptômes gastriques avaient disparu et la masse n'était plus palpable.

Radio le 11 novembre : diminution de la rigidité et du rétrécissement.

Gastroscopie le 19 novembre : pas de changement au niveau du pylore ; le polype semble plus grand et on note trois zônes kystiques sur sa surface, de couleur purpurine ; le nodule inflammatoire ne se voit plus ; la muqueuse semble épaissie, les plis sont épaissis et déroulés ; l'ulcère est plus petit, très superficiel, à bords irréguliers, en voie de cicatrisation ; absence de péristaltisme.

Au total, changements considérables dans l'estomac, et signes de dégénérescence du polype.

Gastrectomie partielle le 11 décembre : estomac mobile ; séreuse épaissie et couverte de cicatrises.

Anatomie pathologique : muqueuse très lisse ; le long de la grande courbure atrophie étendue avec une zône ulcérée de 7 cm sur 1 cm ½ qui est entourée d'hémorragies pétéchiales ; paroi épaissie le long de la grande courbure.

Histologie : au niveau de l'ulcère muqueuse remplacée par un tissu de granulation infiltré de lymphocytes et plasmocytes, et de quelques neutrophiles et éosinophiles ; l'ulcère traverse la muscularis mucosae ; autour de l'ulcère inflammation chronique. A distance de l'ulcère, la muqueuse est amincie, avec raréfaction des glandes, infiltration dense de la laminae propria et exsudat riche en plasmocytes. La sous-muqueuse est épaissie par un œdème et du tissu fibreux, avec infiltration lympho-plasmocytaire périvasculaire. Dans beaucoup des grands vaisseaux, il y a un envahissement lympho-plasmocytaire de l'adventice et de la partie externe de la média.

Musculeuse et séreuse : infiltration cellulaire surtout autour des vaisseaux.

Le polype est constitué de glandes gastriques régulières, et de de tissu conjonctif central ; pas de signe de Malignité. Pas de spirochètes par la méthode de LEVADITI.

OBSERVATION 21

CHENE, PILLET-SAVATON, et SIMON
Lasyphilis gastrique à forme pseudo-néoplasique
Presse Medicale Decembre 1947 p. 874

Femme de 57 ans. Anorexie, vomissements post-prandiaux, amaigrissement extrême, depuis un an. En 1947 apparition d'une gomme ulcérée du front. Traitement par 2.400.000 Unités de pénicilline, douze injections de QUINBY, 60 gr d'IK et 16 suppositoires mercuriels. Action remarquable sur l'appétit, l'ascite.

Elle est vue par les auteurs le 21 février : existence d'un foie ficelé et d'une rate palpable sur deux travers de doigt.

L'examen des clichés pratiqués au début des troubles, montre une déformation de la grande courbure de l'ántre qui, n'a pas l'émiettement de la lacune cancéreuse ; les plis sont conservés ; les images ne sont pas absolument superposables ; enfin cette pseudo-lacune évoque plutôt un ficelage par périgastrite qu'une lésion intrinsèque.

Les clichés actuels montrent que la lésion antrale a disparu, et que la petite courbure du bulbe est déformée par une empreinte arrondie correspondant vraisemblablment à une compression hépatique.

OBSERVATION 22

PATTERSON et ROUSE Gastro Enterology 1948 10 p. 474

I.- Blanc de 47 ans. Douleurs post-prandiales depuis un mois, soulagées par des vomissements alimentaires ; a perdu huit livres en trois mois. Chancre dix neuf ans auparavant. Wassermann positifs.

A la radio : large lésion ulcéreuse au tiers inférieur de la petite courbure, qui, à la gastroscopie ne se voit pas, alors qu'on observe une grande ulcération sur la grande courbure, face à l'angle, à base superficielle lisse et grise, à bords serpigineux et irréguliers de couleur livide. Le diagnostic gastroscopique est : carcinome probable, mais un ulcère syphilitique n'est pas exclu.

A l'intervention : nombreux ganglions le long des deux courbures ; large zône veloutée au toucher, non indurée, dans le tiers distal de l'estomac.

Histologie : large ulcère superficiel à base lisse, à bords serpigineux et non surélevés. Ulcération de l'épithélium glandulaire, sans signes néoplasiques ; le fond en est constitué de tissu de granulation infiltré de neutrophiles, lymphocytes et plasmocytes. La muqueuse est infiltrée de lymphocytes et plasmocytes. La sous-muqueuse est très épaissie par un tissu de granulation avec infiltrats cellulaires lymphocytes plasmocytes et éosinophiles. Infiltrats périvasculaires.

Diagnostic : ulcération bénigne. Origine syphilitique possible.

II.- Femme noire de 29 ans. Depuis deux ans mauvaises digestions, perte de poids de 50 livres, et depuis huit semaines crampes épigastriques suivies de vomissements.

A l'examen : masse palpable.

A la radio : déformation étendue du milieu de l'estomac dûe, soit à un carcinome de type polypoïde, soit à une syphilis.
Pas d'HCL libre après histamine.

Gastroscopie le 1er juin : le gastroscope ne peut pénétrer dans le segment inférieur ; large saillie rouge et lisse sur la face postérieure et la petite courbure ; la muqueuse sur les bords de la tumeur est grisâtre, et parcourue de vaisseaux ; gastrite atrophique étendue.

Un traitement à base de Bismuth IM est commencé le 16 mai.

Radio le 13 juin : même aspect ; les ondes péristaltiques semblent passer ; disparition de la masse palpable.

Radio le 17 juin : pas de rétension après 6 heures ; diminution de de la déformation ; passage satisfaisant des ondes péristaltiques.

Gastroscopie le 20 juillet (après deux mois de traitement). On aperçoit le segment inférieur obstrué par spasme ou tumeur ; gastrite atrophique.

Gastroscopie le 21 septembre : le gastroscope passe facilement. Au niveau de la tumeur, la muqueuse apparaît rose pâle, avec vaisseaux visibles ; aspect bigarré ; péristaltisme normal. Le diagnostic est : muqueuse atrophique ; muqueuse bigarrée au niveau de la gomme cicatrisée.

Le sujet avait pris cinquante cinq livres durant les trois ans de l'observation.

III.- Noir de 36 ans. Troubles digestifs calmés par décubitus et vomissements. Perte de poids de quarante quatre livres.

Sérologie positive ; HCL libre 5ª, total 30ª.

A la radio : petit estomac haut situé, avec antre étroit et spasmé. Aspect compatible avec un ulcère bénin. Très peu de possibilité de carcinome.

Gastroscopie : estomac infiltré, oedémateux et bigarré. Le pylore n'est pas vu du fait de la contracture.

A l'intervention : dans le 1/3 inférieur de l'estomac, épaississement marqué de la sous-muqueuse, "plus épaisse que la paroi abdominale de ce sujet émacié". Le diagnostic est celui de fibrose syphilitique. Gastro-entérostomie postérieure.

Gastroscopie, six mois plus tard, après traitement spécifique : estomac très spasmé ; la "bouche" est ouverte ; l'aspect est celui d'une infiltration syphilitique réalisant un estomac en "leather bottle".

Reprise de trente cinq livres pendant les trois ans et demi d'observation.

IV.- Noir de 42 ans admis le 18 mars 1940. Depuis dix semaines, douleurs abdominales calmées par le vomissement. Un régime anti-ulcéreux n'a amené aucune amélioration. Syphilis palpable à 20 ans.

A l'examen : sujet émacié. Sensibilité et défense épigastrique.

Sérologie positive : pas d'HCL libre après histamine. Mélaena occulte.

A la radio : large lésion prépylorique ; pas de masse palpable ; impression de carcinome ulcéré ; néanmoins court traitement d'épreuve si Bordet Wassermann positif. Un mois plus tard (après traitement) pas de changement, sauf diminution du spasme et de la sensibilité.

Première gastroscopie : large ulcération irrégulière de la face antérieure, au-dessous de l'angle, recouverte d'un exsudat gris vert. Aspect un peu nodulaire de la muqueuse adjacente ; l'aspect suggère une néoplasie.

Deuxième gastroscopie : 8 jours plus tard, sous traitement : moins d'infiltration autour de l'ulcère, qui apparaît plus bénin. Pas d'interruption des ondes péristaltiques.

Troisième gastroscopie : 15 jours après (fin du traitement) : pas d'ulcération résiduelle. On diagnostique : ulcération syphilitique. Le malade est confié au service vénérologique pour poursuite du traitement.

Quatrième gastroscopie le 1er mai : antre étroit ; pas d'ulcération ; souplesse normale.

Cinquième gastroscopie le 7 août : aspect normal.
Des radiographies régulièrement pratiquées de mai 1940 à juin 1941 montrent toutes un aspect normal.

OBSERVATION 23

S. MARTINEZ GOMEZ Med. ESPAN. 113 1948 p. 141

Homme de 44 ans. Chancre à 20 ans, très bien traité dit-il. En septembre 1943 hématémèse de sang noir. Quelques mois après, douleurs diurnes, surtout entre 11 et 3 heures, avec aggravation progressive. Puis crises gastriques tabétiques typiques. Etat général médiocre, amaigrissement de 10-12 kg.

A la radio : poche à air volumineuse. Contractions lentes dans l'antre, invisibles ailleurs. Grosse image lacunaire dans la moitié supérieure, irrégularité de la petite courbure incontinence pylorique.

Très peu d'HCL libre. Diagnostic du cancer probable, mais la syphilis n'est pas éliminée, du fait du tabès. Sérologie positive dans le sang et le LCR.

Amélioration considérable et rapide par la cure As-Bi, avec disparition de l'image lacunaire. La guérison se maintenait deux ans après.

OBSERVATION 24

RAFSKY, WEINGARTEN et HERTZIG
The Review of Gastro-Enterology 15 1948 pp. 359-66

Homme de 49 ans. Douleurs épigastriques gravatives depuis deux mois. Anorexie, amaigrissement de quarante livres en deux mois. Bordet Wassermann très positif.

A la radio : rétrécissement prononcé du corps et de l'antre avec disparition du péristaltisme. Résidu de 50% à la 4e heure.

C'est la gastroscopie qui fit pencher en faveur de la syphilis : des examens répétés montrèrent une polypose sessible de l'antre et du corps inférieur. Près de l'un des 5 polypes on voyait une ulcération superficielle, à bords serpigineux.

Après six mois de traitement, disparition totale de la polypose, muqueuse normale sauf une légère zône hémorragique.

OBSERVATION 25

MULLER, DUVERNE et PICOT
Syphilis Gastrique au Cours d'une Spécificité à localisations multiples
Arch. Mal. App. Digestif. 1948 37 pp. 734-39

Homme de 45 ans. Depuis huit mois, crises douloureuses de l'épigastre et de l'hypocondre gauche, durant 4 à 5 jours, interrompues par des périodes de calme de 20-30 jours. La dernière a été plus longue et a duré un mois. La douleur est à type de broiement, continue, sans irradiations importantes sans relations avec l'alimentation qui ne la calme pas. Les crises s'accompagnent d'une anorexie importante, mais il n'y a pas de vomissements, (sauf au cours de la dernière crise).

A l'entrée, assez bon état général. Pas de masse palpable. Au tubage, absence d'HCL libre, après histamine. Sérologie sanguine négative.

A la radio : zône s'injectant très mal à la partie basse de la portion verticale ; la baryte cerne cette zône qui présente alors l'aspect d'une "île". En même temps, aspect irrégulier et déchiqueté de la grande courbure, surtout marqué à la jonction des portions verticale et horizontale, où l'on note une image lacunaire. Le remplissage terminé, on note l'aspect déchiqueté de la grande courbure, l'existence de deux zônes moins bien injectées à la partie basse de la portion verticale, et un aspect œdémateux généralisé de la muqueuse. Diagnostic probable : gastrite hypertrophique, ou peut-être polypose gastrique.

Amélioration transitoire par le traitement anti-ulcéreux puis nouvelle crise très violente. Le malade a d'ailleurs maigri de quatre kg.

Intervention : gastrite hyperplasique, pas de signes d'ulcère. On pratique une vagotomie qui amène la sédation des douleurs.

Quatre mois plus tard, des épisodes céphalgiques font pratiquer une PL où l'on retrouve des réactions sérologiques positives. Apparition d'une gomme chondro-costale ulcérée.

Après une série de 15 Muthanol, état général excellent, pas de troubles digestifs. Mais on ne peut guère juger de son action sur l'estomac, du fait de la vagotomie.

Des radios six mois plus tard, montrent un aspect très flou des courbures, de la partie moyenne de l'estomac, jusqu'au voisinage du pylore. Il persiste un certain aspect lacunaire de la grande courbure en regard de l'angle.

Mais il faut signaler que le malade n'a pas continé son traitement, s'étant arrêté à un total de 20 injections de Muthanol.

OBSERVATION 26

PALMER Ann. J. Syph. 33 № 5 Sept. 1949

Homme de 64 ans. Linite plastique serrée.

Gastroscopie : lumière rétrécie, parois infiltrées et rigides ; on ne retrouve aucun repère. Antre réduit à un tuyau ovalaire, pylore réduit à l'état de fente béante. Muqueuse crevassée de plis profonds et irréguliers. La muqueuse intacte est d'aspect rose glacé. Le traitement spécifique amena un retour à la normale, avec réapparition du péristaltisme, mais muqueuse plus épaisse et plus lisse que normalement.

OBSERVATION 27

NUNEZ Rev. Clin. Espan. 35 1949 pp. 248-53

Femme de 39 ans. Image de cancer gastrique avec rigidité et incontinence du pylore.

Gastrectomie : paroi gastrique largement hypertrophiée de la partie moyenne de l'estomac jusqu'au pylore, avec aspect tumoral. Atrophie de la muqueuse avec petites zônes ulcérées. Seule l'histologie permit d'affirmer la syphilis.

OBSERVATION 28

G. NUNO Rev. Esp. Enf. Apar. Dig 9 1950 pp. 471-83

Homme de 31 ans. Douleurs tardives calmées par aliments ou alcalins. Bordet Wassermann ++. Radio : estomac haut situé ; larges plis à bords festonnés, parois rigides ; les plis muqueux se voient mal. Lacune sur la grande courbure antrale, niche sur la PC.

Aucun effet du traitement spécifique. Résection.

Histologie : gastrite intense, sous-muqueuse épaissie riche en vaisseaux congestionnés. Oedème important. Infiltrats lymphoplasmocytaires périvasculaires. Pas de cellules cancéreuses.

OBSERVATION 29

BERGER Gastro-Enterology Janvier 1950

Homme de 68 ans. Epigastralgies précoces depuis quelques semaines ; pas d'autres symptômes ; pas de perte de poids. Ictus trois semaines avant l'admission.

A l'examen : parésie droite, épigastre sensible. Bordet -Wassermann ++++ Dans le LCR : KOLMER ++++, 17 lymphocytes ; diagnostic de neuro-syphilis.

A la radio : estomac hypertonique ; constriction constante de l'antre, avec modification du dessin muqueux et canal pylorique mal limité ; bulbe petit et déformé ; péristaltisme faible au niveau de l'antre, absent au delà ; légère rétention après six heures.

Conclusion : infiltration néoplasique ; les déformations bulbaires peuvent être dûes à des adhérences.

On décide d'intervenir après pénicilline ; 4.800.000 Unités en 8 jours. Devant l'amélioration subjective le malde refuse l'intervention. De nouvelles radios, une semaine après le traitement, montrent que l'aspect de squirrhe de l'antre a disparu et que le péristaltisme est redevenu normal sur tout l'antre jusqu'au pylore ; pas d'image de déficit, sauf dans la zône juxta-pylorique, un retrécissement partiel d'un pouce de long mêmeaspect trois semaines après.

Huit jours après, gastroscopie : sur la PC épaississement et infiltration avec aspect brillant de la surface qui semble plus inflammatoire que malin ; le malade refuse toujours l'intervention.

Six mois plus tard radios normales, mais sérologie toujours très positive et apparition de signes de syphilis nerveuse.

OBSERVATION 30

KARDOS et ORMOS Wien. KL. WOCHENSCHRIFT 1950 370-2

Homme de 30 ans qui présentait depuis plusieurs mois des douleurs épigastriques, de l'anorexie, un amaigrissement de vingt deux kg. A la palpation profonde de l'hypocondre gauche, on sentait une masse rénitente, grosse comme un poing de femme, mal limitée, à surface lisse.

A la radio : estomac en crochet, descendant jusqu'aux crêtes ; disparition des plis de la muqueuse antrale ; l'antre présente une infiltration circulaire, réalisant une double image lacunaire. L'autre moitié des deux courbures est également infiltrée ; le canal pylorique est libre.

A l'intervention, faite avec le diagnostic de néoplasie antrale, on trouve un antre épaissi, en tuyau ; l'épaississement remonte sur la PC jusqu'au voisinage du cardia. Ganglions de la taille d'un haricot à une noisette. Gastrectomie.

A la coupe : ni signes de tumeurs, ni signes d'ulcus peptique ou de tuberculose. L'histologiste évoque la syphilis ; c'est alors qu'on pratique un Wassermann qui est positif, et qu'on retrouve une syphilis contractée à 20 ans et traitée aussitôt. Le compte-rendu histologique signale : une ulcération dont le fond est fait d'un tissu de granulation richement vascularisé, avec par places destruction de la

muscularis mucosae ; l'infiltration lympho-plasmocytaire de la muqueuse au voisinage de l'ulcère ; l'existence de cellules géantes du type Langhans : l'endartérite et la périendo-phlébite avec obstruction de certains vaisseaux.

Trois mois après l'intervention, le sujet fit une reprise de symptômes fonctionnels, mais un traitement spécifique les fit disparaître définitivement.

OBSERVATION 31

ADAM Der Chirurg Juin 1950 pp. 363-9

Homme de 47 ans, présentant depuis un an des douleurs épigastriques irradiant en arrière, non soulagées par l'alimentation. Appétit conservé et même exagéré. Il y eut une sédation pendant l'hiver, puis reprise au printemps avec, cette fois, des douleurs à jeun. Amaigrissement de vingt livres.

A la radio : sur la petite courbure, image tumorale, irrégulière, ondulée et mal spécifiée. Effacement des plis. Péristaltisme présent au niveau de l'antre, mais pas au-dessus. Pylore normal. Lors de l'évacuation se dessine un aspect polypoïde dans la région médio-gastrique. Un deuxième examen 15 jours plus tard confirme le diagnostic de cancer de la portion verticale.

Anémie à 3.880.000 GR, Hb 105%. Pas de tumeur à la palpation.

A l'intervention : la petite courbure est très infiltrée. A travers la paroi, on sent de petites masses polypeuses de la grosseur d'un haricot. Le long des courbures, petits ganglions durs. Devant cet aspect assez particulier, on fait une gastrectomie qui montre, autour d'un ulcus plat de la petite courbure, des polypes de la taille d'un petit pois à un haricot. Le diagnostic de cancer reste posé, mais la difficulté d'une résection totale et de l'ablation de tous les ganglions fait réserver le diagnostic.

C'est l'examen histologique qui redresse le diagnostic : dans la zône tumorale épaissie, la muqueuse est remplacée par un tissu de granulation riche en lymphocytes et plasmocytes, avec quelques éosinophiles, avec une riche vascularisation et du tissu conjonctif jeune. On rencontre des cellules épithélioïdes et des cellules géantes à plusieurs noyaux. Plus loin, des vaisseaux sont le siège d'une endartérite et d'une endophlébite oblitérantes. Les ganglions sont atteints d'une lymphadénite non spécifique.

Cet aspect élimine la tuberculose et la lymphogranulomatose, et fait évoquer le diagnostic de syphilis. L'interrogatoire retrouve des antécédents de syphilis traitée pendant deux ans. Bordet-Wassermann, Kahn et Meinicke sont négatifs.

Traitement par IK et Bismuth, guérison complète.

OBSERVATION 32

CALKINS Bul. J. Hopkins Hosp. Juillet 1950 87 pp. 61-73

Femme de 31 ans. Depuis un an douleurs épigastriques, d'abord espacées puis quotidiennes, non améliorées par les alcalins. Anorexie. Amaigrissement de vingt kg. A l'examen cicatrice: rétractile de pharynx, perforation du voile. Wassermann et Kahn ++++. Présence d'HCL libre.

A la radio : niche atypique de l'antre ; discrète dilatation. A la gastroscopie : lésions de type ulcéreux sur la petite courbure.

Après 45 jours de traitement mercuriel, les douleurs avaient disparu, reprise de neuf kg. Disparition de la niche, mais persistance de la lésion concentrique, qui est probablement cicatricielle. Huit mois après, même aspect à la radio. Reprise de vingt six kg au total.

OBSERVATION 33

ROSSI, CAINO et CONTI Prensa Med. Argent. Oct. 1950 37 pp. 2510-15

Femme de 44 ans, admise le 17 janvier 1949. Depuis un an, nausées, vomissements et douleurs épigastriques à type de crampe, survenant de ½ heure à 6 heures après les repas. Aggravation des symptômes les deux premiers mois, la patiente n'absorbant plus guère que des jus de fruits, puis disparition presque totale. Réapparition entre mars et août. Puis l'épisode actuel qui est apparu en décembre.

A l'examen : maigreur importante, masse légèrement sensible dans le quadrant supérieur gauche. Bordet-Wassermann positif. Mélaena occulte.

A la radio : rétrécissement dans la région pylorique, avec élongation du pylore dont les parois sont lisses et sans mouvements péristaltiques.

Bien que le caractère intermittent de l'évolution, associé à la sérologie positive soient en faveur de la syphilis, on pratique une laparotomie exploratrice : à l'ouverture, estomac rempli dans sa portion distale, par une masse d'aspect inflammatoire, mal limitée, "marécageuse". Pylore presque complètement obstrué par une sténose annulaire, ferme, analogue à un diaphragme.

Prélèvement d'un fragment de la masse, d'une des trois cicatrices étoilées notées sur le foie, et d'un gros ganglion succulent dans le ligament gastrocolique. Gastro-entérostomie. Par malheur, l'échantillon gastrique fut plongé par erreur quelques instants dans le formol.

Histologie :

1.- estomac : plusieurs ulcérations superficielles grands follicules lymphoïdes dans la sous-muqueuse, et infiltration diffuse de cellules rondes, surtout plasmocytes, à prédominance périvasculaire.

2.- foie : infiltration périportale de cellules rondes.

3.- ganglions : les follicules sont très proéminents, et infiltrés de plasmo et lymphocytes. Cicatrice sur la capsule.

Le lendemain de l'intervention : le malade est mis à la pénicilline 800.000 U par jour, total de 9 millions. Poussée fébrile 24 heures après le début.

Onze mois après sa sortie, le sujet se portait bien, sauf une gêne épigastrique et des vomissements après les repas trop abondants. Gain pondéral de 62 livres.

A la radio : persistance de l'image lacunaire et de l'obstruction pylorique.

Inoculation au testicule du lapin : estomac et foie, négative après 90 jours. Ganglion (après un examen à l'ultra-microscope négatif) : orchites syphilitiques typiques chez les deux lapins inoculés, 33 et 37 jours après l'inoculation.

OBSERVATION 34

FETZAR (Munich) . Experim. Med. and Surg. 1951 . pp. 278-90

I.- Homme de 40 ans. Douleurs pendant et juste après les repas, vomissements ; pas de dégoût de la viande. Episode analogue un an avant. Pas d'HCL libre ; mélaena occulte, Wassermann positif.

A la radio : estomac en forme de concombre, rétréci surtout au niveau du pylore ; péristaltisme à peine visible, passage très rapide de la baryte.

A l'intervention, muqueuse et sous-muqueuse de la grande courbure irrégulièrement épaissie, avec nombreux petits ulcères à bords élevés et base lardacée. Nombreux spirochètes. Résection, traitement spécifique : guérison.

II.- Femme de 32 ans. Douleur rétrosternale à la déglutition, et gastrique juste après les repas. Wassermann très positif.

A la radio :

= Premier cliché : rétraction de l'estomac, pôle supérieur surélevé , péristaltisme ++. Au milieu de l'estomac, une petite poche fait saillie, et au niveau de la petite courbure rétrécissement en sablier. Cardia continent.

= Deuxième cliché 15' après, en procubitus : largeur de l'estomac réduite de 2 à 1 doigt du fait d'un reflux important par le cardia insuffisant.

= Troisième cliché 25' après, en procubitus : le cardia est plus dilaté que les autres parties. On voit maintenant les contours lisses et rigides de la partie médiane de l'estomac. Le rétrécissement en sablier a diminué et la zône prépylorique apparaît deux fois plus large qu'avant. Bulbe bien injecté.

= Quatrième cliché 50' après, mêm position : estomac complètement vidé. Muqueuse bien visible, avec aspect granuleux typique de gastrite chronique ; l'image en sablier s'était élargie (largeur d'un doigt) indiquant sa nature spastique. Mais la sténose

pylorique persiste, et est sans doute une formation scléreuse. La petite poche médiogastrique est bien visible.

L'intervention fut remise et un traitement spécifique entrepris.

OBSERVATION 35

ANDREANI Arch. Mal. App. Dig. 1951 № 2 T.40 pp. 236-41

Femme de 53 ans, ayant maigri depuis trois ans de vingt deux kg, surtout dans les derniers six mois (six kg). Anorexie globale, pesanteurs, et depuis un an, régurgitations quotidiennes, le plus souvent précoces, parfois à jeun. Anémie à 3.850.000.

A la radio : estomac haut situé, d'allure rigide ; pas de souplesse de la paroi, surtout de la petite courbure qui ne se déforme pas en compression. Evacuation gastrique immédiate à travers une région antro-pylorique béante, sans péristaltisme apparent. Sur les films, rigidité des 2/3 inférieurs de la petite courbure qui se présente comme baleinée et rectiligne avec perte de l'angulation. En procubitus, image d'amputation prépylorique lacunaire irrégulière.

Au total, le mélange de signes d'allure végétante limités à la partie terminale de l'antre, et de signes d'infiltration rigidité étendue mais non lacunaire de la petite courbure, ne plaide pas nettement en faveur du cancer. Certains des caractères, notamment ceux de la petite courbure rappellent l'aspect d'une linite.

Dans les antécédents, spécificité ancienne, traitée cinq ans, sérologie négative depuis longtemps.

De nouvelles réactions sont pratiquées : Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn sont négatives.

Au tubage : pas d'HCL libre après histamine, sauf au bout de 40 minutes :0,29

Bien qu'on soit orienté vers un néoplasme, on tente un traitement d'épreuve : 4 CyHg (stomatite), puis 4.500.000 Unités de pénicilline en huit jours, puis quinze Bivatol à raison de 2 par semaine. L'action est immédiate et spectaculaire : avant même la fin de la pénicillinothérapie, arrêt des régurgitations, reprise de l'appétit, amélioration de l'état général.

Nouvelles radios, 35 jours après les premières, et à la quatrième injection de Bivatol : disparition de la rigidité de la petite courbure. Persistance de quelques irrégularités prépyloriques, d'aspect non lacunaire. Disparition de la lacune en procubitus.

Reprise de sept kg en trois mois. Ultérieurement la guérison se confirme.

OBSERVATION 36

KAUFMANN Forschrifte auf dom Gebiete des Rötgenstalhen
Avril 1951 74 460

Homme de 55 ans, présentant des symptômes fonctionnels gastriques, et à la radio, une lacune prépylorique. Gastrectomie pour cancer. Le diagnostic histologique est celui d'une gomme syphilitique ulcérée.

Un Bordet-Wassemann est alors pratiqué et se montre positif.

OBSERVATION 37

COLLI et GONZALES VALENTIN Arch. Ital. Mal. Ap. Dig. 1951 17 5
pp. 358-75 (Excerpta Medica 1952 2 1479 section Int. Med.)

Deux mois après la contamination apparition chez un homme jeune de troubles digestifs importants, vomissements surtout. A la radio, défaut de rémplissage de l'antre, qui fait porter le diagnostic de cancer.

Mais la sérologie très positive conduit à pratiquer un traitement d'épreuve qui amena une guérison clinique rapide et, radiologiquement, un retour à la normale en quelques mois.

OBSERVATION 38

BELL Ann. J. of Syphil 35 mai 1951 pp. 284-90

Nègre de 23 ans. Depuis 10 jours anorexie progressive et distension abdominale ; depuis cinq jours douleurs épigastriques une heure après les repas, jusqu'au repas suivant, parfois calmées par les vomissements ; quelques hématémèses ; a perdu dix livres.

A l'examen, adénopathie généralisée ; nodule induré sur le dos du pénis, datant d'un mois (à cette date, un examen à l'ultra-microscope et un Kahn ont été négatifs). Epigastre sensible avec masse palpable.

Kahn positif nettement. Achlorhydrie résistant à l'alcool et à l'histamine. Mélaena occulte ++.

Le traitement antiulcéreux améliore quelque peu les douleurs, mais les nausées et les vomissements persistent, avec parfois présence de sang.

A la radio : les "rugae" de l'estomac entier sont très gros, suggérant un lymphoblastome. Le segment distal de l'estomac est rétréci, mais les ondes péristaltiques passent, et il n'y a pas de déformation caractéristique d'un ulcère.

A la gastroscopie : plage stéllaire hémorragique, au niveau de l'angle.

Biopsie du nodule pénien : granulome avec infiltration plasmocytaire et prolifération périvasculaire. Syphilis probable.

Traitement : arsénoxyde pendant quatre jours, puis 2.400.000 U. de pénicilline en 8 jours (réaction d'Herxheimer probable) puis Bismuth, une injection par semaine pendant dix semaines.

Après le traitement d'attaque, la gastroscopie ne montre plus que des plis proéminents, et la radio objective une diminution considérable des lésions, mais avec une absence de péristaltisme dans la région distale. Reprise de poids et d'appétit.
Six mois après, radio pratiquement normale ; Kahn négatif.

Un an après , la guérison se maintenait.

OBSERVATION 39

SINANI Wiener Med. Wochenschrift Juillet 1951 101 pp. 558-6

Homme de 52 ans. Depuis sept mois, pesanteurs épigastriques s'aggravant après les repas ; apparition récemment de vomissements. Anorexie ; amaigrissement de vingt kg ; épigastre sensible à la palpation. Pas d'HCL libre.

A la radio : estomac de taille normale, s'évacuant rapidement ; stase ; muqueuse à gros plis ; bulbe très déformé. Diagnostic d'ulcus duodénal + gastrite, mais en raison du contexte, on pratique une laparotomie pour éliminer le cancer : à l'ouverture masse prépylorique ; paroi voisine et corps de l'estomac très épaissis ; nombreuses adhérences surtout avec la tête du pancréas. Ganglions d'aspect cancéreux. Gastrectomie.

Examen de la pièce : gros nodule prépylorique ; paroi infiltrée, épaisse d'un cm ; aspect bouilli de lamuqueuse.

Histologiquement : syphilis.

Cure de néo-salvarsan et Bismuth :guérison.

OBSERVATION 40

FANCHER Ann. Int. Med. Juil. 1951 35 pp. 240-8

Noir de 35 ans, admis le 24 mars 1948 pour douleur et sensation de plénitude épigastriques, vomissements et perte de poids. La gêne date de 1943, mais s'est aggravée depuis deux semaines : douleursconstrictives, augmentées par l'alimentation, vomissements d'aliments partiellement digérés (1 à 2 par jour) avec stries sanglantes. Selles normales. A perdu huit livres en quinze jours.

Antécédents : Kahn + (à moins de 10 U).chez sa femme. Chancre en 1942, et une deuxième lésion en 1945. Il aurait été traité mais ne peut préciser la durée.

Bordet Wassermann +, Kahn + à 80 U. Achlorhydrie après histamine.

A la radio :

a.- Le 5 avril, la moitié inférieure de l'estomac semble anormalement fixée, mais non épaissie ni rigide ; impression de lésion infiltrante diffuse ; retard ++ du passage de la baryte.

b.- Le 9 avril, aspect évoquant une polypose de la partie inférieure de l'estomac ; défaut d'injection constante de la zône pylorique.

c.- Le 5 mai, mêmes anomalies ; absence de péristaltisme ; amas irréguliers de baryte suggérant un tissu inflammatoire de granulation ; la baryte passe sans difficulté mais rétention d'un tiers de la baryte.
Conclusions : toutes ces modifications peuvent être inflammatoires, mais un processus carcinomateux est plus probable.

Gastroscopies :

a.- Le 15 avril, ulcération diffuse et étendue de l'antre et d'une portion de l'angle, superficielle, serpigineuse, à fond grisâtre ; érythème marginal, mais pas de saignement ; effacement des plis ; pas d'infiltration nodulaire localisée ; muqueuse fundique normale.

b.- Le 25 avril, l'ulcération semble plus petite ; saignement marginal ; on note un caillot ; pas d'infiltration. Impression d'un ulcère prépylorique saignant avec aspect quelque peu malin.

c.- Le 28 mai, peu de changement.

Du fait du contexte radiologique, chimique et thérapeutique, la gastroscopie pencha pour la malignité. En effet, les essais thérapeutiques furent peu probants :

= Pendant 12 jours, traitement d'ulcus : aucun effet.

= Les 8 semaines suivantes, traitement antisyphilitique intensif : 4.800.000 U. de pénicilline en 12 jours + Mapharsen 60 mg tous les jours + bismuth 0,20 par semaine. Disparition des vomissements, reprise pondérale, Kahn à moins de 10 U. (le Bordet Wassermann rest positif).

= Troisième période : intervention, la malignité n'ayant pas été complètement éliminée. Gastrectomie subtotale : pas de masse palpable ; zône pylorique épaissie.

Anatomie pathologique : plusieurs ulcérations superficielles de la muqueuse, à bords surélevés et rouges, à fond irrégulier brun-gris ; muqueuse de l'antre épaissie, avec aspect en mosaïque.

Histologie : au niveau de la plus grande ulcération, muqueuse complètement érodée ; disparition de la muscularis mucosae ; la base de l'ulcère est faite d'un tissu de granulation chronique infiltré de lymphocytes, plasmocytes et éosinophiles, surtout autour des artérioles et des veines, avec envahissement de l'adventice et souvent des autres tuniques ; certains des grands vaisseaux ont une hyperplasie de l'intima, oblitérant presque la lumière. Sections de l'antre : muqueuse intacte, infiltration cellulaire de la "tunica propria" ; par places follicules distincts ; pas de signes de malignité ; pas de spirochètes.

OBSERVATION 41

CH. FLANDIN. Bul. SMHP 14-12-1951 pp 1408-9

Médecin de 63 ans, présentant les signes cliniques et radiologiques d'une sténose du pylore, vraisemblablement cancéreuse : douleurs, amaigrissement progressif, liquide de stase, rigidité de l'antre prépylorique, encoche permanente pyloro-duodénale. Mais on est frappé par l'étendue assez grande de l'infiltration, et la rigidité rappelant la linite plastique.

Ce sujet avait été traité par l'auteur 41 ans auparavant pourun chancre, par des séries d'huile grise et de sirop de Gibert pendant cinq ans.

Grâce à 30 injections de CyHg, guérison clinique et radiologique, persistant après un recul d'un an.

OBSERVATION 42

WILLEFORD, CHILDERS, HEPNER : Pediatrics 10 1952 162-7

Blanc de 11 ans, admis pour crises intermittentes de vomissements depuis seize mois, survenant 15' à 4 heures après les repas (aliments partiellement digérés) ; douleurs intermittente, n'irradiant pas, siègeant dans le quadrant supérieur gauche. Rémissions spontanées de 2-3 semaines ; amaigrissement de treize kg en deux ans.

A l'examen : enfant dénutri, vieillot, pesant vingt deux kg ; sérologie positive ; pas d'HCL libre après histamine.

Gastroscopie : lésion rouge, friable, granuleuse, sur la grande courbure, dont la biopsie montra : inflammation chronique sans signe de malignité.

A la radio : rétrécissement constant de la région de l'antre ; aspect de niche sur le 1/3 moyen de la grande courbure ; pas d'ondes péristaltiques dans cette zône.

Traitement : pénicilline 600.000 U. par jour + IK, pendant 14 jours. Les lésions ne s'améliorant pas, on intervient un mois plus tard : gastrectomie partielle.

Anatomie pathologique : petits ganglions gris-roses le long de la grande courbure ; dans la région prépylorique, qui est rugueuse, extérieurement, existe une ulcération annulaire à bords mal limités, à base ferme gris-rose, d'un à deux mm de profondeur. Sous muqueuse épaisse de 7 à 10 mm dans la région prépylorique ; à ce niveau , la musculeuse a 5 mm d'épaisseur.

Histologie : aspect d'inflammation chronique, avec ulcération de la muqueuse ; nombreux vaisseaux à paroi mince dans la base de l'ulcère ; muqueuse infiltrée de lymphocytes, mononucléaires et plasmocytes, groupés surtout des vaisseaux. Pas de zône de nécrose ; pas de spirochètes. Réaction hyperplasique des cellules réticulo-endothéliales des ganglions.

OBSERVATION 43

RAFFENSPERGER, MAC DONALD, HOUSTON. Ann. Int. Med. 1952 37 pp 172-9

Homme de 35 ans, admis le 17 mai 1949, pour nausées, vomissements apparus soudainement trois semaines avant ; amigrissement de vingt cinq livres. Depuis deux ans, épisodes de gêne épigastrique vague, sans périodicité ni relation avec l'alimentation, soulagés par les alcalins. Il n'y avait eu aucune perte de poids avant la crise actuelle. Les vomissements actuels sont indolores et surviennent dans la 1/2 heure qui suit le repas.

Antécédents : sérologie négative il y a deux ans lors du mariage ; n'a eu qu'un seul rapport extra-conjugal deux mois avant l'admission, suivi d'une érosion pénienne superficielle trois semaines après.

A l'examen : ganglion sus-claviculaire gauche, de la taille d'un pois; Kahn positif à 2.048 U. LCR : 12 éléments ; HCL : libre = 0, après histamine = 12 U.

A la radio : absence de péristaltisme ; le pylore reste ouvert ; plis muqueux effacés sur les 2/3 inférieurs de la petite courbe, exagérés sur la grande courbe, où on ne peut les effacer par la palpation. Sur les clichés : rigidité de la PC avec fines dentelures ; léger résidu à la cinquième heure ; impression d'infiltration linitique des 2/3 inférieurs, avec gastrite associée, mais possibilité d'un type extensif de cancer.

Le gastro-entérologue et le chirurgien disent : cancer probable, mais recommandent un traitement d'épreuve :

Pénicilline : 400.000 U. par jour pendant 15 jours (1 au 15 juin)

Le premier jour, exacerbation des symptômes et fièvre (Herxheimer) puis rapide amélioration : appétit, gain pondéral, arrêt des vomissements.

Gastroscopie :

a.- Le 8 juin, impossibilité d'identifier l'angle ; face antérieure pâle et très rigide ; pas d'érosions ; apparition de péristaltisme rétrograde empêchant la poursuite de l'examen.

b.- Le 29 juin, l'angle est reconnu ; muqueuse normale ; l'antre semble normal mais on ne le voit que sur la GC ; pas de péristaltisme dans cette zône ; l'estomac semble plus souple qu'au précédent examen.

Le 24 juin biopsie du ganglion : hyperplasie inflammatoire modérée, sans signe de néoplasie.

Radio le 1er juillet : léger manque de souplesse et péristaltisme faible de la partie moyenne.

Le 15, a pris neuf livres ; test de fixation du complèment négatif. Un mois plus tard, bon état général, radio normale, gastroscopie normale, sauf une visibilité imparfaite de l'angle et une zône rigide sur le versant postérieur de la GC à l'union des 1/3 moyen et supérieur ; HCL libre = 0, après histamine = 6 U.

En novembre, gastroscopie et radiologie normales. Le Kahn est positif, mais à 16 U.

OBSERVATION 44

GOTTLIEB, BERANBAUM et WEINER Radiology 1952 59 pp 193-7

I.- Femme de 72 ans. Douleurs généralisées de l'abdomen, anorexie, vomissements périodiques, constipation. Amaigrissement de trente livres en six mois. Grosse masse épigastrique, sensible, ferme mal limitée.

A la radio : image de cancer squirrheux des deux derniers pouces de l'antre, avec tendance à l'obstruction, rétrécissement de la lumière et passage canaliculé. Absence de péristaltisme. Kahn ++++.

Gastrectomie totale : aspect malin. Mort au huitième jour (OAP)

Anatomie pathologique : large placard d'infiltration, avec ulcérations multiples s'étendant sur 13 cm le long de la petite courbe ; l'épaississement atteint trois fois la normale et porte surtout sur la sous-muqueuse ; la rigidité est moins prononcée que dans le cancer. La plus grande ulcération siège sur la PC et s'étend sur 8 cm à la partie centrale du placard ; elle est superficielle, pénétrant seulement la sous-muqueuse, à bords déchiquetés, serpigineux, hyperhémiques, à fond granuleux.

Histologie : infiltration granulomateuse chronique et diffuse, intéressant la muqueuse, la sous-muqueuse surtout, et, par places la musculeuse. L'épaississement de la sous-muqueuse est dû à l'hyperhémie, l'oedème, la fibrose et l'inflammation chronique. La paroi des ulcères est abrupte, mais parfois indécise ; le fond est fait de tissu de granulation riche en plasmocytes disposés autour des petits vaisseaux. Il existe des granulomes d'apparence spécifique dans la muqueuse et la sous-muqueuse : soit agrégats tuberculoïdes, soit agglomération plus diffuse de cellules épithélioïdes, avec des cellules d'inflammation aiguë et chronique ; dans ces granulomes, on trouve des cellules géantes à plusieurs noyaux, mais rarement du type Langhans ; les noyaux sont plus souvent à disposition centrale. Beaucoup d'artères ont un léger épaississement de la paroi : dissociation de la couche élastique, et prolifération irrégulière de l'intima par un tissu fibreux pauvre en cellules. Panphlébite avec invasion des parois par un tissu de granulation.

Dans un ganglion existait un granulome cortical analogue à ceux de l'estomac, avec cellules géantes.

Cirrhose syphilitique du foie.

II.- Nègre de 35 ans. Crises périodiques de crampes calmées transitoirement par l'alimentation et réapparaissant deux heures après ; vomissements depuis deux semaines ; a perdu dix livres en cinq semaines. Chancre à 25 ans.

A la radio : rétrécissement irrégulier du canal prépylorique et béance du pylore. Le diagnostic se posait entre gastrite de l'antre, spécifique ou non, et néoplasie, mais, du fait du siège et des caractères des lésions, de l'histoire clinique et de la sérologie, on pencha pour la syphilis et l'intervention fut remise.

Après 7.000.000 U. de pénicilline, et 1 cc de bismuth par semaine pendant cinq mois, la guérison radiologique fut complète.

OBSERVATION 45

HENTZ : la syphilis gastrique n'est pas un vain mot
Bul. Soc. Clin. Hop. Charleroi avril 1953 67-71

I.- Femme de 50 ans. Depuis six ans, troubles gastriques de courte durée, avec parfois crises de vomissements de quelques jours.

A la radio : rectitude étendue de la PC, avec bourgeonnement, et en face incisure spasmodique de la GC.

Deux petits signes orientent vers la syphilis : tibias en lame de sabre, cicatrices de rhagades péribuccales.

Le traitement d'épreuve (lipiodol per os et suppositoires mercuriels) amena la disparition rapide des douleurs et une reprise pondérale. Une radio de contrôle cinq mois après montre une rectitude peu étendue et peu marquée.

Le bon état général se maintenait plusieurs années après.

II.- Homme de 54 ans, admis pour hémorragie digestive importante.

A la radio : sténose pylorique avec stase.

Il souffrait depuis cinq ans, et la découverte d'un Bordet Wassermann positif avait conduit à faire un traitement arsenical qui provoqua l'hémorragie par réactivation.

Amélioration marquée par iode et mercure, mais Bordet Wassermann irréductible.

III.- Homme de 60 ans. Hémorragie gastrique peu importante ; aréflexie rotulienne et achiléenne ; rigidité et inégalité pupillaire ; Bordet Wassermann douteux.

A la radio : estomac biloculaire.

Un premier traitement par biodure de mercure IV donne un ictus avec parésie gauche, ce qui "confirma le diagnostic".

Le deuxième traitement par Lipiodol et suppositoires Hg, permit une survie de 15 ans.

FREQUENCE

Certes tous les auteurs sont d'accord sur la grande rareté de cette localisation. Mais on constate, à la lecture des statistiques, que la syphilis gastrique est diagnostiquée plus souvent par le clinicien que par l'histologiste.

1.- Statistiques des Cliniciens

O'LEARY, à la Mayo-Clinic en rencontre 89 cas sur 25.000 syphilitiques, soit 0,3 %; PATTERSON et ROUSE 14 sur 16.714 gastroscopies systématiques chez des syphilitiques; MONTIER 6 sur 157 gastroscopies chez des patients suspects de cancer.

Ce dernier auteur a également rencontré 8 syphilis gastriques dont 2 à forme tumorale, chez 8.000 malades digestifs.

OPPENHEIMER en a rencontré 4 cas en 25 ans; FRAENKEL 4 en 40 ans; SAVY 3 en 20 ans; HILLEMAND la recherche en vain depuis 25 ans.

2.- Statistiques des Anatomo-Pathologistes

TURNBULL : 1 cas sur 3.000 autopsies

SYMMANS : 1 cas sur 4.880 autopsies

WINDHOLZ : 2 cas sur 13.680 autopsies

A l'hôpital RUDOLF de VIENNE, on en a trouvé 2 cas sur 14.000 autopsies en 17 ans.

SINGER et MEYER n'en ont rencontré aucun cas sur 5.000 autopsies en 6 ans.

EMELIN trouve 1 cas sur 10.000 nécropsies.

CHIARI en trouve 3 sur 243 autopsies de syphilitiques.

3.- Statistiques des Chirurgiens.

HARTMANN en a observé un cas sur 200 gastrectomies pour tumeur gastrique, COSSET un cas sur 119 gastrectomies, et AYOAMA 4 cas sur 100 gastrectomies.

Mais il semble que la syphilis gastrique soit plus fréquente en Chine et au Japon, peut-être parce que l'infection syphilitique est plus fréquente et moins bien traitée dans ces pays.

Toutes ces statistiques portent sur la syphilis gastrique en général. Les formes tumorales n'y entrent que pour 13 % selon GONZALES, 15 % selon EUSTERMANN, 25 % selon MOUTIER. LEVRAT et NICOLLET en 1944 n'en relèvent que 87 cas.

En conclusion l'on voit :

- Que la syphilis est plus souvent diagnostiquée cliniquement qu'histologiquement: cela tient à ce que toutes les syphilis gastriques ne sont pas autopsiées, que certaines syphilis peuvent rétrocéder spontanément ou par la thérapeutique, que le diagnostic histologique est difficile, et que les lésions perdent leurs caractères spécifiques en se cicatrisant.

- Que la fréquence des cas est allée en augmentant à mesure qu'on connaissait mieux la maladie, et qu'on a peut-être péché par excès à une certaine époque, en l'affirmant trop hâtivement. HAYEM ne disait-il pas en avoir rencontré plusieurs cas par an vers 1911.

Par contre FANCHER en Amérique constate la pauvreté de la littérature américaine depuis 1940 par rapport aux deux décades précédentes. Sans doute faut-il voir là un effet des progrès dans le dépistage précoce et la thérapeutique de la syphilis. Comme toutes les syphilis tertiaires, la syphilis gastrique est sans conteste en voie de disparition.

ETIOLOGIE

Il est inutile d'insister sur la quasi-constance dans les antécédents d'une syphilis non ou mal traitée. Exceptionnellement l'accident initial a été correctement traité : dans l'observation de PAUTRIER et FONTAINE, le malade avait reçu de l'huile grise pendant huit ans, le B.W. s'était négativé. Lors de l'atteinte gastrique, le B.W. redevint positif.

SEXE

La majorité des auteurs souligne la nette prédominance chez l'homme. Le rapport de fréquence est de 4 à 1 pour PATER, 3 à 1 pour EUSTERMANN et NICOLLET, 2 à 1 pour MOORE et AUBELIUS. Certains font jouer un rôle à l'alcoolisme, MOUTIER évoque la sensibilité à la syphilis des épithéliums digestifs supérieurs masculins. Par contre SCHLESINGER nie l'influence du sexe, et certains, comme MORGAN, ROSSI, trouvent dans ces dernières années une prédominance féminine.

AGE

Les cas extrêmes vont de 11 ans (syphilis congénitale) à 71 ans. Le maximum se rencontre entre 30 et 50 ans, l'âge moyen étant de 35 ans.

PLACE DANS LE CYCLE

La syphilis gastrique est un accident tertiaire, survenant de 2 à 41 ans après la contamination, sans qu'il y ait de période de prédilection nette. Exceptionnellement, elle peut se constituer précocement, dans les mois qui suivent le chancre. C'est ce que REYNOLDS appelle le "tertiarisme précoce". Il semble n'en exister que 4 cas :

Celui de HEMMETER et STOKES (J. HOPKINS : Reports 1900 P. 773) où il s'agissait d'une sténose hypertrophique du pylore avec gastrite hypertrophique chez un sujet de 24 ans, spécifique depuis 2 ans, et les trois cas que nous avons rapportés.

Quant à la syphilis congénitale, en dehors de lésions gastriques trouvées à l'autopsie de morts-nés, elle semble aujourd'hui très rarement en cause. Nous en avons retrouvé 2 cas récents :

Un cas de DE VOIGT en 1940, à type de sténose médio-gastrique chez une fillette de 15 ans, souffrant depuis un an et demie, et opérée après échec du traitement spécifique. Histologiquement sclérose sous-muqueuse intense; infiltrations de lymphocytes, plasmazellen, et histiocytes; endartérite et périendo-phlébite oblitérantes.

Un cas de WILLEFORD et. 1952.

Enfin, on incrimine la syphilis héréditaire dans certaines observations où la preuve d'un contage n'a pu être établie : observations de HENTZ, de SOULES qui retrouvent des stigmates classiques, observation de LEVRAT et MOINECOURT.

Pour mémoire, citons l'hystérie et l'arthritisme invoqués par les anciens auteurs. Peut-être l'alcool est-il à retenir comme facteur de prépondérance masculine.

Le traumatisme semble avoir joué un rôle dans un cas de SCHEIB.

CLINIQUE

L'allure clinique de la syphilis gastrique pseudo-tumorale est assez banale. Si elle peut être exceptionnellement muette, comme dans le cas de CAREY et ILVYSAKER, habituellement il existe un syndrome fonctionnel assez riche.

1.- Les douleurs

Elles sont pratiquement constantes (85 % des cas : PUSH).

Elles siègent à l'épigastre, irradiant parfois dans le dos et les hypochondres. Elles sont parfois de siège aberrant (Obs.). Elles peuvent être intermittentes ou continues, ulcériformes ou non.

Habituellement elles surviennent précocèment, 1/2 à 3 heures après les repas. Elles ne cèdent ni aux alcalins, ni à l'intestion d'aliments; les vomissements les calment mais il persiste une gêne relative.

Parfois il s'agit de pesanteurs permanentes, avec recrudescence immédiatement après les repas.

Le caractère nocturne des douleurs a été souligné par nombre d'auteurs. CLARKE le retrouve 4 fois sur 5, et MYERS dans 67 % des observations publiées jusqu'en 1911. En fait, pour ADAM, il s'agit là d'un signe non spécifique et peu fréquent.

Le syndrome clinique se rapproche beaucoup de celui de l'ulcère (PATTERSON et ROUSE), mais il n'en a jamais la périodicité franche; tout au plus observe-t-on des accalmies incomplètes et courtes de quelques jours.

2.- Les vomissements sont d'une grande fréquence.

Ce sont, soit des vomissements alimentaires post-prandiaux, soulageant la douleur, soit des vomissements abondants, contenant des aliments de jours précédents et traduisant une obstruction pylorique.

Fréquentes pour LAIRD, les nausées seraient rares pour MAYER. Ce dernier auteur insiste également sur le rôle de la diminution de la capacité gastrique dans les vomissements, l'émaciation, la sitiophobie.

3.- Les hémorragies

Les hématémèses ne sont pas rares, tantôt minimes et de sang noir, tantôt profuses de sang rouge, pouvant entraîner la mort.

Dans l'ensemble, la fréquence des hémorragies est assez diversement appréciée.

MAC PEAK en trouve dans 50 % des cas.

LAIRD les trouve moins fréquentes que dans le cancer ou l'ulcère.

BOCKUS souligne la rareté de l'hémorragie massive dans le cancer et la syphilis.

4.- L'appétit est en général très diminué

L'anorexie est globale, parfois élective pour la viande (cas de KOELSCH). Parfois l'anorexie n'est qu'apparente, le malade se restreignant par crainte des douleurs.

Pour certains (BONNING) l'appétit est conservé. On peut même rencontrer une boulimie paradoxale, contrastant avec l'amaigrissement (ADAM).

A cette symptomatologie digestive, s'associe souvent une atteinte en général, sévère, de l'état général :

L'amaigrissement est habituel et important, pouvant atteindre des chiffres considérables (25 Kg) en quelques mois. Il peut même être le symptôme unique (MOUTIER).

Les sujets sont émaciés, l'abdomen est excavé en bateau.

Les vomissements ne peuvent suffire à expliquer la fonte pondérale, la cachexie, la deshydratation de ces sujets, puisqu'on l'observe aussi bien en l'absence des vomissements. CHENE invoque un éténtissement de l'affection (qu'il s'agisse de néoplasme ou de syphilis) sur le carrefour lymphatique de la région coeliaque.

L'anémie est ordinairement modérée, mais peut devenir un symptôme dominant en cas de gastrorragies.

Il n'y avait pratiquement aucune atteinte de l'état général dans le cas que nous avons observé.

° ° °

L'examen physique du malade peut mettre en évidence deux ordres de signes :

1.- Une tumeur épigastrique

En réalité la tumeur palpable n'est qu'assez rarement constatée.

EUSTERMANN la retrouve dans 20 % des cas; NICOLLET dans 50 % des syphilis pseudo-tumorales. Elle est de la taille d'un oeuf de poule à une orange, mais peut atteindre les dimensions d'une tête de nouveau-né (LANDAU et HELD) ou se réduire à une simple sensation de résistance profonde.

BARD en a décrit les caractères : elle est régulière, ferme, élastique, indolente à la palpation, assez facile à circonscrire, douloureuse, adhérente.

2.- D'autres stigmates syphilitiques (27 % des cas selon EUSTERMANN)

Tout examen clinique bien compris comporte la recherche des réflexes tendineux et oculaires, des anomalies des bruits cardiaques, de l'état de la langue, et l'on ne saurait trop insister sur l'appoint considérable qu'apporte au diagnostic la constatation :

- d'une leucoplasie buccale,
- d'une aortite, qui serait assez fréquemment associée : AGEVES a trouvé 3 syphilis sur 58 syphilis aortiques.
- d'un tabès incipiens;
- de cicatrices cutanées suspectes;
- d'une hépatite scléro-gommeuse, qui serait la plus fréquente des associations; et peut faire croire, à un examen superficiel, à des métastases.

Mais même quand on a la chance de rencontrer de tels signes, il faut se souvenir que le cancer est beaucoup plus fréquent chez un syphilitique, que la syphilis gastrique.

LES EXAMENS DE LABORATOIRE

1°- LE CHIMISME GASTRIQUE :

Il est modifié par l'atteinte inflammatoire des glandes, et pour certains, une atteinte du pneumogastrique.

Le déficit chlorhydrique est constant : hypochlorhydrie ou plus souvent anachlorhydrie réagissant peu ou pas à l'histamine. La pepsine serait souvent moins diminuée que l'H.Cl.

Il peut exister de l'acide lactique en cas de stase. Une lymphocytose importante est signalée dans une observation de MOUTIER.

LANDAU et HELD ont proposé un test qui consiste à injecter en I.M. 5 cc de rouge neutre et en surveiller l'apparition dans le liquide gastrique. L'élimination du colorant, qui apparaît normalement dans l'estomac 12 à 24 minutes après l'injection, est retardée ou nulle. Ce test serait plus sensible que la chlorhydrie, et sous l'effet du traitement, la réapparition du rouge neutre serait plus précoce que celle de l' H.Cl.

2°- LA RECHERCHE DE SANG DANS LES SELLES :

La recherche de sang dans les selles se montre positive lorsque la muqueuse est ulcérée.

Les réactions sont positives dans plus de la moitié des cas.

3°- LA FORMULE SANGUINE :

L'anémie est en général modérée. Elle s'accompagne parfois d'hyperchromie (ADAM). Elle n'est pas constante. On peut noter un certain degré de lymphocytose.

4°- LA SEROLOGIE :

Une sérologie positive est évidemment un élément capital dans la discussion diagnostique. Mais une sérologie négative n'est pas rare dans la syphilis tertiaire, elle est de règle en cas d'hérédo-syphilis.

EUSTERMANN estime à 6 % les cas où le Wassermann est négatif, à 73 % les cas où il est le seul témoin de l'infection syphilitique.

Pour cert ains, une sérologie positive dans le L.C.R. a la même valeur que dans le sang.

Il semble que le test d'immobilisation des tréponèmes lorsqu'il sera entré dans la pratique courante, pourra apporter un remède aux défaillances du Wassermann, car il est beaucoup plus fidèle dans les syphilis tardives. De toute façon, il est bien évident qu'une sérologie positive n'autorise pas à éliminer ipso facto le cancer.

L'isolement du tréponème sera envisagé au chapitre de l'anatomo-pathologie.

RADIOLOGIE

Les images radiologiques n'offrent guère de caractère bien particulier, et nous ne donnerons ici qu'un aperçu d'ensemble, nous réservant d'étudier au chapitre diagnostique, les multiples signes différentiels que les radio-cliniciens se sont attachés à décrire.

D'après MOORE et AURELIUS, la syphilis gastrique réalise :

- des images deconstriction complète dans 8 % des cas;
- des images deconstriction localisée : à la région médio-gastrique (images en sablier ou en haltères) dans 22 %.

  A l'antre pré-pylorique (aspects en "Waterbottle") dans 70 % des cas.

- Malheureusement cette prédilection pour la région antro-pylorique, est aussi celle du cancer et de la plupart des autres affections gastriques.

- L'aspect le plus habituellement rencontré est une lacune prépylorique, avec disparition des plis et de la motricité du segment intéressé. Les bords en sont nets, parfois tracés au cordeau, la teinte homogène.

L'obstruction pylorique est rare. On observe parfois des silhouettes de niches volumineuses ou de niches en retrait comme dans le cancer. Pour PALMER la motricité est remarquablement respectée dans la syphilis.

- La sténose médio-gastrique est caractérisée par la longueur du canal d'union, avec images en haltère, ne permettant guère la confusion avec celle de l'ulcère bénin. Le rétrécissement est axial, et plus régulier et plus lisse que dans le cancer.

- Les limites généralisées se traduisent par l'aspect habituel : microgastrie, estomac horizontal, pylore incontinent. Les limites localisées donnent parfois des aspects lacunaires à bords rigides, moins polycycliques et plus anguleux que dans le cancer.

- Enfin, il n'est pas exceptionnel que l'estomac apparaisse normal à la radio. Sur les 6 cas rapportés par MOUTIER, 3 avaient des clichés pratiquement normaux. C'est dans de tels cas que prend toute sa valeur l'endoscopie.

LA GASTROSCOPIE

D'introduction relativement récente, puisque c'est schindler en 1913 qui semble être le premier à avoir observé une "image en sablier surmontée d'une muqueuse parsemée de cicatrices grises" dans un cas de neuro-syphilis, ce mode d'exploration a suscité d'importants travaux.

MOUTIER, GIRAULT et DEBRAY décrivent trois ordres de lésions :

- des rigidités et des rétrécissements d'allure linitique;
- des lésions ulcéreuses siègeant dans une vaste infiltration d'allure tumorale. MOUTIER considère d'ailleurs la forme tumorale comme une infiltration linitique avec gastrite complexe, oedémateuse, granitée, érosive.
- des lésions gastritiques qui se rattachent aux gastrites hypertrophiques, mamelonnées ou granuleuses.

Les éléments sont parfois très polymorphes (gastrites granitées, érythémato-pultacées) parfois uniformes mais d'intensité variable allant de la gastrite granuleuse à la gastrite cloquée. Les mamelons peuvent être énormes, polypoïdes, mais jamais végétants, et ne présentent jamais le polymorphisme habituel dans le cancer. MOUTIER a d'autre part posé le problème des rapports de la gastrite pseudo-membraneuse avec la syphilis. Toutefois nous n'avons retrouvé dans aucune observation de syphilis gastrique pseudo-cancéreuse, cet aspect porcelaine évocateur des plaques muqueuses diphtéroïdes. Les aspects polypoïdes sont signalés par un assez grand nombre d'auteurs : RAFSKY rapporte un cas avec polypose sessile de l'antre; KNIGHT et FALK ont même rencontré un aspect de polypo dégénéré. Il faut en rapprocher les images de petites tubérosités en grappes saignantes aperçues par KOELSCH, les aspects verruqueux rapportés par BOCKUS.

PALMER distingue la prolifération polypoïde de l'infiltration syphilitique, et les aspects véritablement oedémateux.

Dans un cas (obs.) existait un nodule d'apparence furonculeuse qui disparut par le traitement, et fut attribué à une gomme.

PATTERSON, ROUSE et BAGWELL, d'une étude basée sur 16.714 gastroscopies, concluent au caractère pathognomonique de la gomme ulcérée lorsqu'elle ressemble à une gomme du palais par exemple.

L'ulcération présente des caractères assez spéciaux : souvent multiple, de grande taille, ronde ou ovale, à bords irréguliers et serpigineux. Surtout, c'est un ulcère superficiel, ne creusant pas en profondeur, très rarement cratériforme, parfois même en surplomb sur la muqueuse saine, et souvent de siège atypique sur la grande courbure (SALOTTI).

Il persiste souvent dans l'ulcération de petits ilôts muqueux. Le fond est souvent recouvert d'une membrane lardacée peu adhérente.

La couleur de l'ulcération est assez variable : gris sale, jaune brun, vert gris, blanc, rouge sombre. Les bords sont minces et en pente.

PATTERSON et ROUSE insistent sur la teinte livide du pourtour de l'ulcération, différente de la couleur rose de la muqueuse autour de l'ulcère peptique, et de l'aspect rouge hautement vascularisé qui entoure le carcinome ulcéré.

SINGER et DYAS par contre n'ont jamais vu de gommes correspondant aux descriptions classiques.

Certains aspects seraient plus particulièrement évocateurs; tels "un vaste entonnoir à orifice irrégulièrement ovalaire, très étroit, cartonné, bordé sur les grands côtés par un bourrelet rigide semé d'exulcérations" (CHEVALLIER), ou encore une ulcération jaune brunâtre très superficielle siègeant sur une zone infiltrée (SCHINDLER 1937) mais la valeur de ce dernier aspect est réfutée par BOCKUS.

PATTERSON et ROUSE suspectent la syphilis en présence de plis épaissis et d'une paroi encore flexible.

CHEVALLIER attribue une grande valeur à l'importance de l'hypermyxie. En fait, elle se voit aussi bien dans le cancer. De même MOUTIER affirme qu'on peut rencontrer dans la syphilis antrale certains signes donnés comme spécifiques du cancer : rigidité et irrégularité du pylore (SCHINDLER), sècheresse de l'antre (CHEVALLIER).

On voit que, en dehors de la rarissime gomme ulcérée typique, les auteurs sont assez pessimistes quant à la valeur diagnostique ou la gastroscopie. PALMER en 1943 va même jusqu'à lui refuser toute valeur. Il cite un cas où sous traitement spécifique, les images étaient devenues absolument celles d'un cancer type IV, alors que la guérison clinique était patente.

MOUTIER est très satisfait de cette technique qui lui a permis d'éviter l'intervention à tous ses malades. Il semble que la gastroscopie a surtout l'intérêt de saisir d'une façon plus sensible les modifications des lésions sous traitement d'épreuve. Mais là encore il est des exceptions : dans le cas de FANCHER, après huit semaines de traitement, l'endoscopiste s'avouait incapable d'éliminer la malignité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il semble au premier abord, qu'on puisse obtenir de l'anatomo-pathologiste, des arguments irréfutables. Malheureusement, nous allons voir que, là encore, la preuve formelle est trop souvent absente.

Nous analyserons successivement l'anatomie macroscopique, l'histologie et la recherche du tréponème à partir des tissus.

1.- MACROSCOPIQUEMENT

On constate à l'intervention, l'existence de tumeurs, isolées ou multiples, ou, le plus souvent, de plaques d'induration plus ou moins bien limitées. Souvent les lésions sont moins étendues qu'à la radio, et il faut parfois un examen attentif pour trouver une tumeur qui, cliniquement, était de taille appréciablle.

Les adhérences périgastriques sont rares. Il y a fréquemment une hypertrophie des ganglions, mais ceux-ci restent d'aspect et de consistance normaux.

Le péritoine, dans la zône affectée, a souvent un aspect dépoli, et est infiltré d'un oedème mou, blanc glacé, bien particulier pour certains (ADAM) et même spécifique pour d'autres (AYOAMA, MEYER-SINGER). Il existe quelquefois des cicatrices blanchâtres à la surface de la séreuse. Les lésions ont une prédilection très nette pour la région pylorique, mais les localisations multiples ne sont pas exceptionnelles.

La palpation précise l'existence d'un épaississement en plateau, ferme, moins dur que dans le cancer, d'étendue variable.

A l'ouverture de l'estomac, la muqueuse adhère souvent aux tuniques sous-jacentes et ne saille pas au dehors comme une muqueuse saine.

La muqueuse est très altérée dans la zone épaissie. Les lésions ont une limite nette en carte de géographie. La muqueuse est atrophique, a perdu ses plis, la surface en est granuleuse, avec par places de petites zones hémorragiques.

Très souvent il existe une ulcération au niveau où l'épaississement est maximum, pouvant atteindre les dimensions d'une paume, avec parfois persistance de quelques ilôts muqueux. Les bords en sont irréguliers, peu saillants; la perte de substance est très superficielle et recouverte d'une membrane lardacée grisâtre légèrement adhérente. La section de la zone épaissie montre un tissu ferme, criant parfois sous le couteau. L'épaississement de la paroi atteint parfois 2 cm, et prédomine essentiellement au niveau de la sous-muqueuse.

La sous-muqueuse est fibreuse, blanchâtre, lardacée. De fines bandes ou de sclérose en partent et se ramifient dans la musculeuse. Le plus souvent, la sous-muqueuse est ferme et ne donne pas de suc de raclâge, mais parfois elle est oedémateuse et suinte à la coupe.

"Parfois on ne peut distinguer les différentes tuniques qui semblent fusionnées en un tissu homogène fibreux et ferme". (NICOLLET).

Enfin on peut observer des lésions syphilitiques associées, hépatiques surtout, de grande valeur diagnostique.

2.- HISTOLOGIQUEMENT.

La muqueuse est le siège d'une dégénérescence mucoïde de cellules épithéliales. Parfois l'épithélium devient stratifié, avec plusieurs couches de cellules plates.

Les glandes sont raréfiées, parfois absentes. On peut conserver des microkystes développés aux dépens des diverticules glandulaires. Leur revêtement est constitué de cellules cylindro-cubiques claires. La lumière des glandes est obstruée par l'épithélium desquamé et des polynucléaires. L'épithélium de la lumière est fortement aplati. Les glandes sont à prédominance mucoïde, et ne présentent aucun élément différencié tel que cellules principales ou bordantes.

Les glandes sont séparées par du conjonctif fibreux très abondant, qui forme des saillies villeuses à la surface.

Le chorion est infiltré de plasmocytes, lymphocytes et quelques polynucléaires disséminés ou en amas.

La muscularis mucosae est généralement conservée, même au niveau de l'ulcère. Les fibres musculaires sont dissociées par l'infiltration lymphoplasmocytaire.

La sous-muqueuse est la couche la plus altérée : hypertrophie considérable, par prolifération conjonctive, infiltration cellulaire, oedème parois.

Cette hypertrophie est constituée par un tissu de sclérose plus ou moins richement vascularisé, et une infiltration d'éléments cellulaires, lymphocytes, plasmocytes, quelques polynucléaires, exceptionnellement des cellules géantes. Ces éléments sont disséminés ou groupés en amas parfois centrés par un vaisseau.

C'est dans la sous-muqueuse qu'on peut voir des gommes microscopiques avec leurs trois couches : à la périphérie, condensation du conjonctif qui limite un amas de cellules lymphoïdes et de plasmocytes; puis cellules épithéloïdes et exceptionnellement une ou plusieurs cellules géantes. Au centre : nécrose avec débris cellulaires.

L'existence de telles gommes est pathognomonique, mais elle semble bien rare. NICOLLET sur 35 cas n'en relève que 7, soit 1/5 des cas.

L'infiltration cellulaire de la sous-muqueuse prédomine au voisinage de la muscularis mucosae.

Les altérations vasculaires ne sont pas constantes. L'atteinte est surtout veineuse, au minimum, manchons inflammatoires, péri-vasculaires, souvent infiltration lympho-plasmocytaire des parois, dissociant les fibres élastiques. WILLIAM et KIMMESTIEL insistent sur la valeur considérable de la péri-endophlébite, de valeur supérieure à la prédominance péri-vasculaire des éléments. Dans notre observation il y avait une atteinte veineuse très importante. ROSSI souligne l'intérêt de la destruction focale des fibres élastiques des parois vasculaires.

L'endartérite est fréquente, avec ciminution et même oblitération de la lumière, PALMER suggère une origine de l'infiltration des vaisseaux, à partir des lymphatiques situés dans l'adventice.

Au total, la sclérose de la sous-muqueuse est tantôt jeune, riche en cellules, parfois oedémateuse, tantôt ancienne, pauvre en vaisseaux et en cellules, avec un feutrage serré de faisceaux collagènes, l'ensemble rappelant l'aspect d'une chéloïde. Tous les intermédiaires sont possibles.

La musculeuse est en général épaissie, avec de fines bandes de sclérose venues de la sous-muqueuse. La trame conjonctive est augmentée et enserre les fibres musculaires qui présentent des lésions dégénératives : perte de l'affinité pour l'éosine du protoplasme contractile et vacuolisation.

On y rencontre des infiltrations et des lésions vasculaires analogues à celles de la sous-muqueuse, mais qui se raréfient à mesure qu'on s'éloigne de celle-ci.

La séreuse est épaissie. Le conjonctif lâche sous-péritonéal est transformé en un tissu fibreux dense.

Les ganglions montrent des réactions inflammatoires chroniques.

3.- BACTERIOLOGIQUEMENT

Comme dans toute lésion tertiaire, le tréponème pâle a rarement été retrouvé. VERSE SIMMONDS en a trouvé dans l'estomac d'hérédo-syphilitiques.

WILE, MAC NEE, VECCHI, CLIFFORD ABSTETT, SEELE et MORGAN en ont également rapporté des cas. Mais SINGER, et avec lui nombre d'auteurs les contestent, du fait qu'il existe dans l'estomac des spirochètes saprophytes d'origine buccale, très difficiles à distinguer du tréponème de la syphilis. Le cas de FETZAR ne nous semble guère plus probant.

Par contre un cas semble indiscutable : celui de HARRIS et MORGAN, qui injectant un fragment gastrique au testicule de lapin obtint un syphilome typique bourré de tréponèmes. Nous en rapprocherons le cas de CALKINS qui obtint des résultats analogues à partir d'un ganglion gastrocolique.

Encore cette technique ne satisfait-elle pas tous les auteurs. SINGER, cité par LAIRD, prétend en effet que l'inoculation est sans valeur, parce qu'il existe une affection vénérienne spontanée du lapin due à spirochète cuniculi qui, selon NOGUCHI, ne peut être distingué du tréponème pâle.

En résumé, on rencontre :

- exceptionnellement la gomme typique;
- habituellement, une infiltration en nappe, prépylorique surtout, avec réaction scléreuse, où l'on retrouve des aires gummatoïdes, réalisant la forme sclérogommeuse.
- à un stade plus avancé, on observe une ulcération au sommet des lésions;
- enfin, dans un troisième stade, il se produit une cicatrisation profonde avec contraction du segment atteint, entraînant des déformations de l'estomac.

Le processus fibreux peut d'ailleurs évoluer vite et à bas bruit; dans un cas de VOSS, 3 mois après le début clinique, il existait une fibrose considérable.

Bien que peu caractéristiques en eux-mêmes, les lésions de sclèrose, les infiltrations nodulaires, les altérations vasculaires, la prédominance des lésions autour des vaisseaux, donnent par leur association, un aspect assez particulier qui doit faire penser à la syphilis.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

La syphilis gastrique a une évolution chronique, les symptômes pouvant durer de 2 à 23 ans.

Le mode de début est parfois brusque, par une hématémèse, une crise douloureuse et intense, ou une perforation.

Parfois également, la maladie reste muette, et se révèle par l'apparition de la tumeur.

Habituellement les signes s'installent progressivement, comme dans le cancer, et souvent la tumeur n'apparaît qu'après des alternatives de troubles gastriques et d'accalmies parfois étendues sur des années.

L'évolution est plus lente que dans le cancer, et la guérison spontanée est possible.

Le pronostic est fonction de la précocité du diagnostic :

1°- Il est sévère si la syphilis reste méconnue, la mort étant possible par cachexie ou complication :

- Perforation (8 cas). Elle se ferait exceptionnellement en péritoine libre (WEBER).

- Sténose, plus fréquente, mais beaucoup moins grave, car elle conduit souvent à l'intervention, et permet de rectifier le diagnostic.

2°- Si la syphilis est reconnue, la guérison sous l'influence du traitement est habituelle, même en cas de tumeur volumineuse, à condition d'intervenir avant le stade de sclérose. A ce stade on ne peut plus guère espérer qu'une amélioration subjective. Le traitement chirurgical est alors indiqué.

DIAGNOSTIC

La notion d'antécédents syphilitiques paraît de prime abord être l'élément central de la discussion diagnostique. Mais en pratique, un certain nombre de syphilis sont méconnus, niées, ou même oubliées du sujet, et la boutade de CHABROL : " Heureux ceux qui s'étant découvert une tumeur, se rappellent avoir eu la vérole " n'est pas d'un grand secours dans la réalité.

A.- DIAGNOSTIC POSITIF

1°.- En présence d'un tableau d'allure néoplasique, il n'est pas habituel de suspecter la syphilis gastrique, car elle est très rare, et même chez un syphilitique, le cancer est beaucoup plus fréquent qu'une gastropathie syphilitique.

Néanmoins, certains signes plaident en faveur de la syphilis : sujet jeune, antécédents ou stigmates de syphilis, tumeur présentant les caractères donnés par BARD retentissement modéré sur l'état général, absence d'anorexie, d'anémie, de mélaena.

C'est d'ailleurs plus l'ensemble du tableau clinique, que les symptômes pris isolément, qui mettra le clinicien en éveil : par exemple, discordance entre l'état général relativement conservé et la constatation d'une tumeur, discordance entre les douleurs d'allure ulcéreuse et le reste du tableau d'allure cancéreuse.

MOIROUD soupçonne la syphilis devant la triade : conservation de l"état général, absence de sang occulte, hypo ou anachlorhydrie, avec en plus exacerbation nocturne des douleurs.

2°.- Le diagnostic est établi de façon différente selon les cas :

- Lorsque la syphilis est suspectée, c'est le test thérapeutique qui vient la confirmer ou l'infirmer. Le traitement sera court et contrôlé cliniquement, gastroscopiquement, radiologiquement. L'amélioration obtenue n'aura de valeur que si elle résiste à l'épreuve du temps, car le cancer est parfois amélioré par le traitement spécifique. D'autre part, un test positif n'est pas un critère absolu de syphilis gastrique, les anomalies pouvant être dûes à une périhépatite ou périsplénite syphilitiques comme dans la belle observation de CHENE :

- Lorsque rien n'évoque la syphilis et que le patient est traité en tant que cancéreux, 2 cas peuvent se présenter.

a.- Le cas est jugé inopérable, le diagnostic est redressé par l'évolution, et parfois par l'autopsie, car il est des formes mortelles de syphilis gastrique.

b.- Le malade est opéré et subit :

- soit une laparotomie explorative simple, qui parfois donne l'éveil (absence de métastases hépatiques, ou syphilis hépatique) et fait pratiquer une biopsie.

- soit une gastroentérostomie et là encore c'est l'évolution qui met sur la voie.

- soit une gastrectomie et c'est l'histologiste qui apporte alors la clef du problème, en éliminant le cancer, et en montrant des aspects évocateurs avec infiltrations lymphoplasmocytaires périvasculaires, atteintes vasculaires, périendophlébite surtout, prédominance des lésions dans la sous muqueuse plus ou moins sclérosée. C'est en effet sur de tels signes, aidés de la notion étiologique, que la plupart des auteurs ont fait leur diagnostic. Exiger des signes de certitude, gommes typiques, présence de tréponèmes pâles serait renoncer à diagnostiquer la syphilis gastrique. A notre avis, le signe le plus important est l'absence de cellules néoplasiques, qui restreint d'emblée le problème.

B.- LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Est en effet dominé par le cancer, et nous allons reprendre les signes donnés pour différencier les 2 affections.

- L'âge est sans valeur; on connaît bien aujourd'hui les cancers des sujets jeunes et même des enfants, ayant une évolution identique à ceux de l'adulte (CUTMAN).

- La spécificité est une arme à double tranchant, puisque, classiquement, elle favorise l'apparition du cancer, et qu'il existe des cas hybrides transitoirement améliorés par le traitement anti-syphilitique.

- Les hématémèses, le melaena seraient moins fréquents que dans le cancer.

- L'absence d'anémie semble un meilleur argument. L'anémie manque rarement dans le cancer à un stade avancé, avec tumeur palpable.

- L'achlorhydrie a surtout de la valeur par les examens répétés : elle régresse très souvent sous l'influence du traitement d'épreuve en cas de syphilis, elle est irréversible en cas de cancer.

WILLEFORD signale l'intérêt de l'anachlorhydrie chez l'enfant, du fait de la rareté à cet âge, du cancer et de la maladie de BIERMER.

- Le mode d'évolution n'est guère plus probant : le cancer comme la syphilis peut subir des rémissions, spontanées ou thérapeutiques, et MOUTIER a rapporté des cas de " Cancer en paliers " où le traitement arséno-mercuriel amena des guérisons temporaires presque totales.

- C'est surtout dans le domaine radiologique qu'on a cherché à donner des signes distinctifs.

- Certes, certaines images sont assez suggestives, tels la double image lacunaire de l'antre symétrique et concentrique par rapport au pylore, le rétrécissement progressif de la lumière à mesure qu'on approche du pylore, les images tunnelliformes,

à bords lisses de l'antre.

En cas de rétrécissement, le canal d'union est axial, à contours assez nets et n'a pas l'aspect tirebouchonné et les bords déchiquetés habituels au cancer.

L'infiltration syphilitique n'a pas la dureté de celle du cancer, et dans les cas précoces, la zone déformée garde une certaine flexibilité (WILLIAM et KIMMESTIEL). C'est également cette infiltration diffuse qui explique l'absence de dilatation en amont des sténoses, la rareté de la rétention barytée après 6 heures, la diminution de la capacité gastrique, l'absence de souplesse de la zone malade. En fait, tous ces signes peuvent se rencontrer dans le cancer et perdent toute valeur.

Cependant, certains accordent un large crédit à l'immobilité, avec bords festonnés, de la grande courbure correspondant à la zone atteinte (PARES), à la coexistence d'un estomac rétracté et rigide et d'une sténose pylorique.

L'image du petit estomac en pipe ratatiné sous le diaphragme est d'ailleurs très évocatrice (encore convient-il d'éliminer les petits estomacs congénitaux, les estomacs rétrécis par inactivité en cas de sténose oesophagienne, les compressions extrinsèques, la congestion portale responsable de modifications oedémateuses).

La rareté de l'obstruction pylorique en cas de localisation voisine n'est guère un élément différentiel avec le cancer.

Par contre, les localisations multiples doivent faire penser à la syphilis, le cancer double de l'estomac étant exceptionnel. Les images à plusieurs poches, comme dans l'observation 2 de FETZAR, une médiogastrique sur la petite courbure, l'antre prépylorique sur la grande courbure, sont très évocatrices. De même les estomacs trilobés.

Dans certaines observations on retrouve des aspects assez atypiques : image multilacunaire anfractueuse et " découpée aux ciseaux " de la grande courbure (BENHAMOU), lacune médiogastrique à bords polycycliques, aspect polypoïde lors de l'évacuation (ADAM).

On voit que presque toujours, il s'agit de nuances qui ne sauraient autoriser à rejeter le cancer. Nous pensons pour notre part que les meilleurs signes restent les signes de discordance :

> contraste entre l'importance des lésions radiologiques et la relative conservation de l'état général; entre la prolifération tumorale considérable à la radio, et l'absence de masse palpable, ou une tumeur palpable petite; entre les signes radiologiques et les constatations opératoires : parfois même; la laparotomie exploratrice est négative, comme dans un cas de PETIT DUTAILLIS et BERTRAND où les images lacunaires étaient dûes à la sclérose rétractile sous muqueuse.

La gastroscopie, nous l'avons vu, n'est guère d'un plus grand secours. Pour beaucoup, elle est impuissante à éliminer le cancer.

En l'absence de gomme typique, on ne peut guère retenir que la gastrite granitée, la couleur livide du bord des ulcérations en faveur de la syphilis. L'ulcération creuse d'ailleurs parfois en profondeur, et inversement, on peut observer dans le cancer muco-érosif des exulcérations superficielles.

Il ne semble pas non plus que la biopsie muqueuse par voie endoscopique, puisse donner des éléments de certitude, les lésions syphilitiques siégeant plutôt dans la sous muqueuse.

GORDON avait proposé l'injection de dioxyde de Thorium pour éliminer les métastases hépatiques. Mais celles-ci sont inconstantes, et la méthode dangereuse.

L'épreuve thérapeutique est pour beaucoup la pierre de touche du diagnostic différentiel. L'amélioration du cancer n'est habituellement que subjective.

La laparotomie exploratrice est parfois le dernier recours du clinicien, mais sa valeur est discutée : l'aspect macroscopique n'a jamais permis de faire le diagnostic, pour LEVRAT et NICOLLET. Il est, au contraire, beaucoup plus typique que l'aspect histologique pour MAC PEAK, MEYER et SINGER.

Certains signes donnés pour évocateurs, comme l'oedème blanc glacé de la séreuse, l'aspect de la tumeur qui est également épaisse en tous points et ne semble pas s'être développée à partir d'un centre (KAUFMAN) paraissent n'avoir rendu que bien rarement circonspects les opérateurs. L'absence de métastases hépatiques macroscopiques est peut-être plus suspecte, mais incite le chirurgien à opérer.

En fait, dans la plupart des observations, l'estomac est réséqué avec le diagnostic du cancer.

On voit donc l'extrême difficulté du diagnostic avec le cancer. Bien souvent, ce n'est qu'en confrontant les différentes données de l'examen que le clinicien pourra mettre en doute le diagnostic de malignité. En dernier ressort, c'est l'histologie qui juge, à condition d'être très minutieuse. A cet égard, il faut citer le cas de SAVY, GIRARD et GONNET, où les données d'un premier examen histologique et l'évolution post opératoire, étaient nettement en faveur de la syphilis, alors qu'un second examen de la pièce, pratiqué 1 an après aux fins de rechercher des formations gommeuses, montra des cellules épithéliomateuses.

- A fortiori, <u>les autres tumeurs malignes</u> sont elles d'un diagnostic clinique quasi impossible :

Le sarcome a une évolution rapide et respecterait la motricité et la mobilité de l'estomac. La lymphogranulomatose maligne, très rare dans sa forme gastrique pure, est un diagnostic d'autopsie. Les tumeurs villeuses donnent comme la syphilis une anémie et une achlorhydrie; les images lacunaires ont des contours flous, ou polycycliques à bords nets.

- Si la cancer a pu être éliminé, la syphilis n'est pas pour autant affirmée : bien souvent, on l'a vu, elle est incriminée sur un faisceau de présomptions.

Les tumeurs bénignes donnent des aspects très proches.

Non pas tant les schwannomes qui ont parfois un aspect radiologique typique avec une lacune à contours très nets coiffée par une niche, ni les angiomes, lipomes, fibromes, affections exceptionnelles, que deux groupes d'affections dont le cadre nosologique n'est pas encore très bien délimité : les tumeurs inflammatoires de l'estomac, et les atrésies fibreuses de l'antre.

a.- Les tumeurs inflammatoires réalisent des infiltrations pariétales, secondaires à une infection passée imaperçue, ou à un ulcère, et donnant des séquelles scléreuses ou même linitiques.

b.- l'atrésie fibro-musculaire de l'antre récemment individualisée est sans conteste le diagnostic le plus délicat. Parmi les signes donnés pour caractéristiques, le pylore en parenthèse est rare, l'antre en doigt de gant, oblique vers le bas, ne diffère guère de certains rétrécissements tunelliformes de la syphilis. La paroi qui reste souple mais est inextensible après morphine est de meilleure valeur. L'histologie peut montrer les mêmes aspects que dans la syphilis scléreuse, et en l'absence de traitement d'épreuve, comme c'est le cas dans notre observation, il est difficile d'écarter formellement ce diagnostic.

Les polypes et la polypose constituant un cas particulier puisqu'on rencontre dans la syphilis des aspects pratiquement identiques.

La tuberculose peut poser un problème délicat lorsqu'on ne retrouve pas d'antécédents bacillaires. Mais la lacune n'est pas absolument superposable sur les différents clichés et il existe une invasion fréquente du bulbe.

- Enfin, certaines gastrites donnent des aspects lacunaires ou polypoïdes et peuvent revêtir une allure clinique cachectisante. Le problème se complique du fait qu'elles se rencontreraient fréquemment chez des syphilitiques. MOUTIER a d'ailleurs rapporté un certain nombre de cas cliniquement pseudo-cancéreux, où la radio est normale, et la gastroscopie ne montre qu'une gastrite.

On connait les aspects pseudo-lacunaires des gastrites biermériennes. Mais les lacunes conservent leur souplesse et de toute façon, il existe un riche contexte clinique.

Citons pour terminer les aspects réalisés par compression ou adhérences extrinsèques.

En pratique, il n'y a qu'un problème qui compte : éliminer la malignité.

TRAITEMENT

A.- TRAITEMENT MEDICAL

- L'iode et le mercure furent primitivement employés. Pour LEVEN même, l'iode est indispensable. Il est d'ailleurs très bien supporté par l'estomac syphilitique et certains ont trouvé dans ce fait un élément de diagnostic avec le cancer.

- Aujourd'hui, on emploie surtout le bismuth et les arsenicaux, selon la posologie codifiée pour le traitement des syphilis viscérales.

Ces divers médicaments ont parfois donné ou favorisé des complications : perforation avec l'arsenic, septicémie à streptocoque hémolytique avec l'iodure de potassium intraveineux (BOCKERS), diabète insipide même, dans le cas de MULLER, DUVERNE et PICOT.

- L'introduction de la pénicilline est intéressante à un double point de vue :

a.- elle est très active sur la syphilis gastrique. BERGER cite le cas d'une forme hémorragique grave, non améliorée par les transfusions répétées, où sous l'action de la seule pénicilline (3 millions d'U.) la formule sanguine passa de 3.000.000 à 4.840.000 GR en 15 jours.

Elle agit même sur certains cas de linite précoce. (cas de RAFFENSPERGER)

Malheureusement, elle donne parfois des réactivations dangereuses, soit au niveau de l'estomac, où elle peut rendre complète une sténose pylorique incomplète, soit en d'autres territoires lésés par le tréponème : on recommande, pour éviter ces réactions d'HERXHEIMER, de faire précéder la cure par quelques injections de cyanures de mercure.

b.- Son action est très rapide et en fait l'arme de choix pour le test thérapeutique. Cette épreuve est extrêmement discutée : ses détracteurs lui reprochent le retard qu'elle apporte à l'intervention, et préfèrent opérer à tort une syphilis que de laisser évoluer un cancer. D'autres l'accusent de donner un coup de fouet en cas de néoplasie, ou de fausser les résultats en aggravant par réaction d'Herxheimer, l'obstruction pylorique. HILLEMAND la rejette, estimant qu'elle n'a aucune action sur les lésions scléreuses.

La durée de l'épreuve varie avec les auteurs : de 1 semaine (STOKES) à 6 semaines (EUSTERMANN). Avec la pénicilline, il semble qu'un traitement de 15 jours à raison d'1 Million d'unités par jour, soit nettement suffisant pour juger les résultats. BERGER s'accorde 3 semaines pour obtenir une modification radiologique patente. Ce délai n'est pas supérieur au délai de préparation à l'acte opératoire.

Aussi nous semble-t-il que le test thérapeutique avec la pénicilline doit être admis désormais sans arrière pensée, au même titre que dans l'ulcère.

Il est un cas où le traitement d'épreuve ne prête pas à discussion et est même de règle : celui de la linite dont l'évolution est extrêmement lente, et dont on sait bien aujourd'hui qu'elle relève de 2 grandes causes : la syphilis ou le cancer.

- Les résultats du traitement, on l'a vu, doivent se juger rapidement : l'amélioration porte d'abord sur les signes fonctionnels et généraux, et la reprise régulière et importante de poids constitue un très bon signe, puis sur les signes objectifs. L'amélioration doit être durable, et il importe de surveiller de longues années ces malades pour dépister un cancer éventuel sur ces lésions cicatrisées (MOUTIER).

Si l'action du traitement est parfois spectaculaire, comme dans un cas de BIRD, rapporté par UDAONDO, où une volumineuse tumeur jugée inopérable à la laparotomie avait complètement disparu à une 2 ème laparatomie après 10 jours de traitement, il est des cas qui réagissent très lentement : il fallut 3 ans de traitement dans un cas de linite de BOCKUS et BANK pour que l'estomac reprenne un aspect normal. Il peut même rester inefficace : c'est ainsi qu'un sujet de 29 ans dût, au bout de 6 ans de traitement intensif, être opéré, et mourut de complications malgré la poursuite du traitement (CABOT CASE RECORDS, cité par WILLIAM et KIMMESTIEL).

B.- TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il est pratiqué dans 3 circonstances :

- en cas de complication : perforation ou sténose serrée.

- lorsque l'épreuve thérapeutique échoue, ou que le traitement médical agit mal et que le doute persiste.

- lorsque le diagnostic n'a pas été évoqué et qu'on intervient pour cancer.

CONCLUSIONS

A l'occasion d'un cas personnel récent, nous avons repris l'étude de la syphilis gastrique à forme pseudo-cancéreuse, en nous basant surtout sur les observations publiées dans ces 15 dernières années.

De cette étude, ressort essentiellement la difficulté d'affirmer, tant sur le plan clinique que sur le plan anatomique le diagnostic de cette affection devenue aujourd'hui fort rare.

A.- SUR LE PLAN DE LA SEMEIOLOGIE CLINIQUE

aucun signe ne permet d'évoquer spécialement cette localisation de la syphilis.

1°.- L'hypochlorhydrie est constante, mais c'est là une constatation banale.

2°.- Il n'y a pas d'aspects radiologiques pathognomoniques, bien que certaines lacunes à bords très nets soient assez suggestives.

3°.- La gastroscopie est d'un grand intérêt, surtout du point de vue évolutif, et elle a pu, dans un certain nombre de cas, faire soupçonner le diagnostic.

B.- SUR LE PLAN ANATOMIQUE

1°.- On ne saurait exiger la présence de tréponèmes, qui n'a été mise en évidence de façon indiscutable que dans un seul cas.

2°.- Les gommes et images gommulaires sont pathognomoniques, mais d'une grande rareté.

3°.- Le plus souvent, comme c'est le cas dans notre observation, on ne rencontre que des signes de présomption :

- Manchons inflammatoires lymphoplasmocytaires périvasculaires
- Lésions vasculaires très évocatrices, en particulier péri-endophlébite.

C.- EN PRATIQUE

le diagnostic est envisagé dans deux circonstances :

1°.- Tantôt, c'est l'examen d'une pièce de gastrectomie pour cancer qui le fait envisager;

2°.- Tantôt il est soupçonné par le contexte clinique, et vérifié par le traitement d'épreuve. Dans ce cas, on ne peut jamais affirmer l'authenticité du diagnostic; cependant, la rétrocession rapide des signes généraux gastroscopiques et radiologiques est d'un appoint considérable. A cet égard, l'introduction de la pénicilline, par sa rapidité d'action, constitue certainement un argument majeur sinon décisif en faveur du traitement d'épreuve encore si discuté.

le diagnostic ne doit être envisagé qu'avec la plus grande prudence, et les indications opératoires demeurent très larges. Mieux vaut opérer à tort une syphilis gastrique que de laisser évoluer un cancer de l'estomac.

Vu :

LE DOYEN ,

L. BINET

VU ET PERMIS
D ' IMPRIMER

LE RECTEUR DE
L ' ACADEMIE DE PARIS

Le Vice-Président du Conseil
de l'Université de Paris :

Vu : LE PRESIDENT DE THESE,

LE PROFESSEUR HENRI BENARD.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie générale, et antérieure à 1936, consulter :

- Les Thèses de : EL BERMANY ELHAMY Lyon 1937
  NICOLLET Lyon 1944

- Les Monographies de :
  LANDAU et HELD Masson 1936
  B. UDAONDO Masson 1936

- Les ouvrages de : GUTMANN : "Syndromes douloureux de la région épigastrique" Tome 2
  CATTAN : Traîté de Médecine.
  HILLEMAND : Maladies de l'estomac - Flammarion.

... °° ...

ACEVES et NOVELO. . . . . Aortite et syphilis gastriques. Arch. int. cardio de Mexico 20 - 28 février 1950 - pp. 68 - 84

ADAM C. . . . . Der chirug Juin 1950 21 pp. 363 - 69

ANDREANI. . . . . Arch mal app dig fevrier 1951 40 pp. 236-241

BACKLUND et CEDERLIKUTZ . . . . Ulcus et syphilis gastrique. NORDISK MEDICIN 25 1947 1631

BELL. . . . . Am. Journal Syph. Mai 1951 35 - 284-90

BERGER. . . . . Gastro enterology Janv. 1950 14 147-51

BERNALES. . . . . Actual med Peruana Mars - Avril 1946

BILHAN. . . . . Turk tip cem meo 12 201-6 1946

BOCKUS. . . . . Gastroenterologie 1 vol. Phil. 1946

CALCHI NOVATI TENTI . . . . . La syphilis gastro-duodénale. Osped. Maggiore 1951 39/7 657-66

CALKINS. . . . . Bull John Hopkins Hospital Juil 1950 87 61-73

CAREY et YLVISAKER. . . . . Ann. Int. Med. 1938 12 544

CARNS. . . . . Syphilis et cancer de l'estomac. Wisconsins M.J. 1936 35 723

CARRO..... Etiologie syphilitique de l'ulcère de l'estomac.
Rev. Espan. Enferm. App. Dig. in MEDICUS : 7 - 1948 33

CHENE PILLET SAVATON et SIMON. Presse Médicale 1947 74 358-75

COLLI et GONZALES VALENTIN . . (un cas) Arch. Ital. Mal. Apar. Dig. 1951 17/5 358-75

COLOMBO..... Rev. Asociet. Med. Argent 1952 66 185

CRAWFORD..... Syphilis gastrique et système nerveux central,
Rapport de cas. Memphis M.J. 1951 26/II 166-67

DAVICOVIC..... Presse Med. 1939 47 275-6

DELORD..... Atrésie fibro-musculaire de l'antre chez un syphilitique.
AMAD 1949 803-7

DE OLIVEIRA..... (un cas) Vida Medica mars 1946 14-19

DE VOIGT..... Deutsch. Ztschrift fur Chir. 1940 254 91

ENGELHARDT et DE VAUGHIN . . . The New Int Clinics 4. 1941 p. 89

FANCHER..... Ann. Int. Med. Juillet 1951 35 pp. 240-8

FAROY et PAILLAS . . . . . Sténose cardio-oesophagienne syphilitique.
Arch. Mal. App. Dig. 1942

FETZAR..... Diagnostic radiologique de la syphilis acquise de l'estomac.
Exp. Med. End surgery 1951 pp. 278-90

FINNEY..... South Med. Journal 1937 30 1058.

FLANDIN..... Bull. S.M.H.P. 14/12/1951 pp. 1408-9

FLOREZ LOPEZ..... Rev. de Gastro-entero de Mexico 1943 8 pp. 343-61
(Rapport de cas)

GOLDSMITH..... Un cas de syphilis gastrique avec déformation en sablier.
N.O. Med and surg. J. 94 284 1941

GOTTLIEB, BERANBAUM et WEINER. Radiology Août 1952 59 193-7

CUTMAN..... Syphilis de l'estomac avec image en sablier.
Bull. Soc. Clin. Hop. Civil de Charleroy
Avril 1953 4 pp. 67-71

HENTZ.....

HERON et GOSSE . . . . . Un cas de syphilis gastrique Nova Scotia
M. Bull 25 Mai 1946

JENSEN O..... Acta Medica Scandinav. Supplem. 123 1941 254

JOULIA et DUBARRY..... La syphilis viscérale tardive Exp.
Scient. Française 1946 pp. 163-6

KARDOS et ORMOS..... Wiener Kl. Wochenschrifte 26 - 5 - 1950 pp. 370-2

KAUFMAN W..... Syphilis gommeuse ulcérée de l'estomac Fortschr Röntgenstr.
Av. 1951 74 pp. 460-61

KAUVAR..... La syphilis gastrique problème de médecine interne.
Ur. Cut. Rev. 1947 51 206-8

KNIGHT et FALK . . . . . Gastro-enterology 9 1947 17

KOELSCH..... Med. Klinik. 1943 pp. 556-8

LAIRD..... Lancet 1938 2 712

LEVIT et CASTIGLIA..... Ur. Cut. Rev. 1939 43 pp. 44-46

LEVRAT et MOINECOURT..... Lyon Médical 1944 pp. 140-44

LEVRAT et NICOLLET..... Anatomie pathologique de la syphilis gastrique pseudo tumorale J. de Méd. de Lyon 1945 pp. 117-120

MAC PEAK..... Am. J. Roentg. 1940 43 832

MARCUTTI et AGUIAR..... Diagnostic clinique de la syphilis gastrique. Un cas. Hospital Rio de Janeiro 1945 521-34

S. MARTINEZ GOMEZ..... Med. Espanola 1948 113 p. 141

MATHIEU et GLEIZE-RAMBAL..... Ulcus ou syphilis gastrique. AMAD. 1950 39 640-3

MAURIAC P..... Sténose médio-gastrique, éclipses cérébrales et syndrome de Raynaud chez une syphilitique. J.M. de Bordeaux 1941 pp. 884-89

MAYER..... Am. J. Digest. Dis. and Nutrition 1937 4 503

MOERSCH..... Valeur de la gastroscopie dans les affections gastriques - Med. Clin. North America 1943

MOIROUD..... Mémoires de l'Acad. Chir. 1944 425 - 8

MORGAN..... Ur. Cut. Rev. 1940 44 479-85

MOUTIER..... AMAD. 1937 637-55

MOUTIER..... Gastrite pseudo-membraneuse et syphilis AMAD. 1943 141

MULLER DUVERNE PICOT..... AMAD. 1948 734-9

NUNEZ..... Morphologie de la syphilis gastrique Rev. Clin. Espan. 1949 35 248-53

NUNO..... Rev. Espan. Enferm. Apar. Dig. 1950 9 471-83

OTTANI..... Ann. Radio. Diag. 20 1948 pp. 7-9

PALMER..... La syphilis de l'estomac et l'estomac dans la syphilis. Am. J. Syph. 1949 33 481 (87 références)

PALMER SCHINDLER TEMPLETON HUMPHREYS. Ann. Int. Med. 1943 18 393-406

PARSONS..... Radiologie 36 1941 371

PATTERSON et ROUSE..... Gastro-enterology 1948 10 474

PAUTRIER et FONTAINE..... Ann. Derm. Syph. 1946 727

PERRY..... J. Nat. M. Ass. 1946 38 56-60

PIERI..... Comité médical des Bouches-du-Rhône 1 - 3 - 1946

PUSCH..... Int. Clinics 1935 1 56

RAFFENSPERGER MAC DONALD HOUSTON... Ann. Int. Med. 1952 37 pp. 172-9

RAFSKY..... Etude gastroscopique de la syphilis gastrique. Rev. of Gastro-enterologie 1948 15 359-66

REYNOLDS..... Am. J.Syph. 1942 26 218

RIEKELES..... Nordisk Medicin 1948 39 1503-5

ROEN et THORNER..... Les symptômes gastriques dans la syphilis Ur. Cut. Rev. 1939 43 37-42

ROSSI CAINO CONTI..... Prensa Medica Argent 1950 37 2510-5

SALOTTI..... Séméiologie radiologique de la syphilis gastrique Riv. Ital. Rad. Clin. (Pascia) 1952 2/1 3-22

SAMUEL PRADO FILHO..... Un cas - Brasil Med. 1945 413

SANTILLAN VILLASENOR et ALVAREZ TOSTADO : Considérations médico-chirurgicales à propos d'un cas. Rev. Gastro-entero de Mexico 1945 10 231-35

SCHWARTZ..... La gastroscopie dans la syphilis secondaire Gastro-enterologie 1948 226

SCOPESI..... Un cas Dermo-Sifiligrafico 1942 17 635-41

SINANI..... Deux cas Wien Med. Wschr. 1951 101 558-60

SOULES..... Cahiers de gastro-entérologie Mars 1938

SPELLBERG et NORFLEET..... Syphilis gastrique précoce Gastro-enterology 1944 2 191-4

STOKES..... Syphilis gastrique (Linite) M.J. Australia 1946 I 378

VOSS..... The Rev. of Gastro-enterology 1945 III-7

WEBER..... L'ulcère gastrique syphilitique Deutsch. Med. Wschr. 1948 73 163-4

WESSELS..... Deux cas Ur. Cut. Rev. 1942 46 148-52

WIDEN..... Un cas de syphilis viscérale opérée à deux reprises à 26 ans d'intervalle, simulant un cancer de l'estomac, Act. Derm. Vener. 1937 18 216

WILLEFORD CHILDERS HEPNER..... Pediatrics 1952 10 162-7

WILLIAMS et KIMMESTIEL ..... JAMA 115 1940 578-82